

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

PATRÍCIA DE PAULA ALVES COSTA DA SILVA

**CONDUTA DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A MULHER**

Maceió, Al
2014

PATRÍCIA DE PAULA ALVES COSTA DA SILVA

**CONDUTA DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A MULHER**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas para obtenção de título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidados dos Grupos Humanos

Orientadora: Profa. Dra. Ruth França Cizino da Trindade

Maceió, Al
2014

PATRÍCIA DE PAULA ALVES COSTA DA SILVA

**CONDUTA DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A MULHER**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas para obtenção de título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidados dos Grupos Humanos

Orientadora: Profa. Dra. Ruth França Cizino da Trindade

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Maria Auxiliadora G. da Cunha

S586e Silva, Patrícia de Paula Alves Costa da.
Conduta de enfermeiras da estratégia saúde da família diante de casos de
violência familiar contra a mulher / Patrícia de Paula Alves Costa da Silva. – 2014.
93 f.

Orientadora: Ruth França Cizino da Tindade.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2014.

Bibliografia: f. 79-87.
Anexos: f. 88-93.

1. Enfermagem. 2. Violência contra a mulher. 3. Programa de saúde da família.
I. Título.

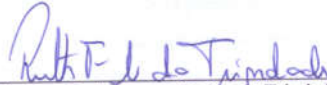
CDU: 616-083:241.12-3-005.2

PATRÍCIA DE PAULA ALVES COSTA DA SILVA

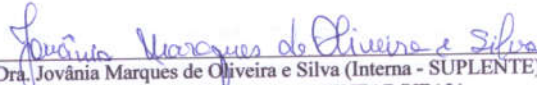
Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas para obtenção de título de Mestre.

Aprovada pela Banca Examinadora em 19 de março de 2014

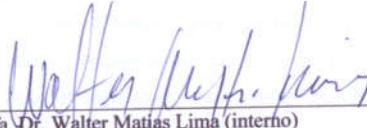
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Ruth França Cizino da Trindade – UFAL
Orientadora
Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL)



Profª. Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva (Interna - SUPLENTE)
Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL)



Profª. Dr. Walter Matias Lima (interho)
Universidade Federal de Alagoas (CEDU/UFAL)

AGRADECIMENTOS

- A mim mesma pela perseverança, pois deve existir dentro de mim uma coragem e intrepidez intensas, muitas vezes até desconhecida por mim mesma;
- Aos meus pais por cuidarem de mim. À minha mãe, em especial, por sua garra e coragem diante das tempestades. Pra mim, ela é mais que uma mãe, é um exemplo de superação e coragem!
- Aos meus irmãos Carlos, Fernando, Martina e Helaine pelo companheirismo e força;
- Ao meu cachorro chamado amorosamente de Neguinho, que durante 15 anos ficou ao meu lado com seu olhar carinhoso e amável me ensinando que a lealdade é sempre bem-vinda na vida. Eternas saudades de suas orelhas frias, de nossas conversas e passeios meu amigo! É impossível viver e não lembrar de sua presença maravilhosa.
- Ao querido companheiro Pedro Henrique pela presença, paciência e amor;
- Aos meus amigos e amigas por compartilharem comigo os instantes felizes e nublados de minha existência, em especial à Raquelli Cristina, pois foi ela quem me ensinou que a amizade verdadeira faz milagres! É como diz a canção de Milton Nascimento: “Amigo é coisa pra se guardar debaixo de sete chaves, dentro do coração”. Vocês sempre estarão dentro do meu coração;
- Às enfermeiras que aceitaram ser entrevistadas, por pausarem a rotina do seu trabalho, fornecendo informações e relatos valiosos para esta pesquisa;
- À Banca Examinadora deste trabalho, em especial, à minha orientadora Prof^a Dr^a Ruth França Cizino da Trindade, pela paciência, pelo conhecimento compartilhado e incentivo; À professora Ana Almeida e ao professor Walter Matias Lima que gentilmente aceitaram a participação;
- Aos educadores e funcionários da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.
- Por fim, minha gratidão a Deus, pois sem Ele não teria sido conquistado. Obrigada Deus!

Girls Just Wanna Have Fun

Cyndi Lauper

*I come home in the morning light
My mother says when you gonna live your life right
Oh mother dear we're not the fortunate ones
And girls they wanna have fun
Oh girls just wanna have fun*

*The phone rings in the middle of the night
My father yells what you gonna do with your life
Oh daddy dear you know you're still number one
But girls they wanna have fun
Oh girls just wanna have--*

*That's all they really want
Some fun
When the working day is done
Girls-- they wanna have fun
Oh girls just wanna have fun*

*Some boys take a beautiful girl
And hide her away from the rest of the world
I wanna be the one who walks in the sun
Oh girls they wanna have fun
Oh girls just wanna have*

*That's all they really want
Some fun
When the working day is done
Girls--they want to have fun
Oh girls just want to have fun,
They wanna have fun,
They wanna have fun...*

RESUMO

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. Diferente dos serviços de emergência, a atenção primária representa a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema de Saúde, estando, por isso, em posição estratégica. Isto porque a conduta dos profissionais em seu atendimento pode possibilitar a resolução ou minimização de agravos à saúde através dos encaminhamentos devidos e do monitoramento constante ou pode determinar o agravamento desses problemas. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família - ESF surge como grande aliada na assistência às mulheres vítimas de violência familiar, alicerçando a construção de um fluxo de referência e contra-referência. Foi com o objetivo de identificar a conduta de enfermeiras (os) inseridas (os) na Estratégia de Saúde da Família - ESF de Maceió-AL diante de casos de violência familiar à mulher que esta pesquisa foi realizada. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, guiada por entrevista semi-dirigida para a coleta de informações, utilizando a análise temática para a seleção dos temas e suas respectivas categorias. O número de participantes foi definido pela saturação das informações e o recorte temporal os anos 2012 e 2013. A análise das informações viabilizou a criação de dois temas e suas respectivas categorias. O primeiro refere-se ao rastreamento da violência familiar à mulher, nele as enfermeiras relatam as suspeitas ou a detecção de casos de violência familiar, particularmente a perpetrada pelo parceiro íntimo e qual a forma que esta violência assumiu. Já no segundo tema são referenciadas quais as condutas adotadas, emergindo assim as possibilidades de condução dos casos de violência e as limitações do serviço e do saber instrumental. Os resultados mostraram que a violência familiar, particularmente a perpetrada por parceiro íntimo, encontra-se no cotidiano de trabalho e é identificada pelas enfermeiras em suas diversas formas de manifestação, seja através da detecção ou da suspeita dos casos. Mas apesar desta realidade, os serviços não se preparam para agir de forma propositiva junto às mulheres violentadas, constatando-se que isto pode levá-las a adotarem condutas distintas, como foi evidenciado neste estudo. Outra característica marcante é que a maioria absoluta das entrevistadas relata que é uma temática bastante difícil de lidar, uma vez que se sentem despreparadas e sem proteção e segurança, além da angústia de se depararem com a demora na resolutividade, fato que contribui ainda mais para o aumento e invisibilidade dos casos. Apesar disto, todas as enfermeiras parecerem abertas às possíveis capacitações e treinamentos, uma vez que vislumbram nos mesmos, a possibilidade de prepará-las para um enfrentamento mais efetivo e interdisciplinar, indicando a necessidade de estabelecer estratégias que possibilitem uma melhor atenção à mulher. Assim, espera-se oportunizar a discussão em torno dos resultados desta pesquisa contribuindo para a prevenção de violência familiar à mulher através da ampliação de estratégias políticas voltadas para o tema, amplas campanhas em nível nacional e capacitação dos profissionais da saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem; violência contra a mulher; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The violence against women is a universal phenomenon that affects all social classes, ethnicities, religions and cultures, occurring in populations of different economic levels. Unlike the emergency services, primary care is the main gateway for users to the Health System and it is, therefore, in a strategic position. This is because the behavior of professionals can facilitate the resolution or mitigation of health problems through referrals due and constant monitoring can determine, or worsening these problems. In this context, the Family Health Strategy - FHS comes as a great ally in assisting women victims of family violence, basing the construction of a flow of referral and counter-referral. It was with the aim of identifying the conduct of nurses inserted in the Family Health Strategy – FHS Maceió-AL on cases of family violence against women that this research was realized. This is a qualitative study, guided by semi-directed interview to collect information, and using a thematic analysis for the selection of subjects and their respective categories. The number of participants was defined by the saturation of information and the time frame the years 2012 and 2013. The analysis of information made possible the creation of two themes and their respective categories. The first refers to screening for domestic violence against women, and in that the nurses report suspicions or the detection of cases of family violence, particularly that perpetrated by an intimate partner and which form this violence took. In the second theme are referenced approaches adopted, thus emerging the possibilities of conducting cases of violence and service limitations and instrumental knowledge. The results showed that family violence, particularly that perpetrated by an intimate partner, is in daily work and is identified by nurses in their various manifestations, either through the detection or suspected cases. But despite this fact, the services don't prepare them to act in a positive way, with the women raped if noting that this may lead them to adopt different behaviors, as evidenced in this study. Another striking feature is that the absolute majority of respondents reported that it is quite a difficult issue to handle, since they feel unprepared and unprotected, and the anguish of encountering the delay in solving, a fact which further contributes and increasing invisibility of these cases. Despite this, all nurses seem open to possible trainings, and trainings since envision ourselves, the possibility to prepare them for a more effective and interdisciplinary coping, indicating the need to develop strategies that enable better care for women. Thus, it is expected to nurture the discussion of the results of this research contribute to the prevention of family violence against women, through the extension of political strategies for the theme, large campaigns in national level and training of health professionals.

Keywords: Nursing; violence against women; Family Health Program.

RESUMEN

La violencia contra la mujer es un fenómeno universal que atinge todas las clases sociales, etnias, religiones y culturas, que ocurre en poblaciones de diferentes niveles de desarrollo económico y social. Diferente de los servicios de emergencia, la atención primaria representa la principal puerta de entrada de los usuarios del Sistema de Salud, que se pone, por eso, en posición estratégica. Esto porque la conducta de los profesionales en su atención puede posibilitar la resolución o reducción de agravios a la salud a través de los encaminamientos necesarios y del acompañamiento constante o puede determinar el agravamiento de esos problemas. En ese contexto, la Estrategia de Salud de la Familia - ESF surge como una grande aliada en la asistencia a las mujeres víctimas de violencia familiar, firmando la construcción de un flujo de referencia y contra referencia. Fue con el objetivo de identificar la conducta de enfermeras (os) insertadas (os) en la Estrategia de Salud de la Familia - ESF de Maceió-AL frente de los casos de violencia familiar contra la mujer, es que esta investigación fue realizada. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, guiada por entrevista semi dirigida para la coleta de informaciones, utilizando el análisis temático para la selección de los temas y sus respectivas categorías. El número de participantes fue definido por la saturación de las informaciones y el recorte temporal de los años 2012 y 2013. El análisis de las informaciones viabilizó la creación de dos temas y sus respectivas categorías. El primero se refiere al rastreamiento de la violencia familiar contra la mujer, en él, las enfermeras relatan las sospechas o la detección de casos de violencia familiar, particularmente aquella cometida por el compañero íntimo y cual la forma que esta violencia ha asumido. Ya en el segundo tema son referenciadas cuales son las conductas adoptadas, emergiendo así las posibilidades de conducción de los casos de violencia y las limitaciones del servicio y del saber instrumental. Los resultados revelaron que la violencia familiar, particularmente la cometida por el compañero íntimo, se encuentra en el cotidiano de trabajo y es identificada por las enfermeras en sus diversas formas de manifestación, sea a través de la detección o de la sospecha de los casos. Pero a pesar de esta realidad, los servicios no las prepara para actuar de forma propositiva junto a las mujeres violentadas, y se percibe que esto puede llevarlas a adoptaren conductas distintas, como fue evidenciado en esa investigación. Otra característica sobresaliente es que la mayoría absoluta de las entrevistadas relata que es una temática muy difícil de lidiar, una vez que se sienten despreparadas y sin protección y seguridad, además de la angustia de se depararen con el retraso en la resolución, hecho que contribuí todavía más para el aumento e invisibilidad de los casos. A pesar de esto, todas las enfermeras parecieren abiertas a las posibles capacitaciones y entrenamientos, una vez que vislumbran en los mismos, la posibilidad de prepararlas para un enfrentamiento más efectivo e interdisciplinar, indicando la necesidad de establecer estrategias que posibiliten una mejor atención a la mujer. Así, se espera crear la oportunidad a la discusión alrededor de los resultados de esta investigación, contribuyendo para la prevención de violencia familiar a la mujer a través de la ampliación de estrategias políticas que se vuelvan para el tema, amplias campañas en nivel nacional y capacitación de los profesionales de la salud.

Palabras- Clave: Enfermería; Violencia contra la mujer; Programa Salud de la Familia.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1.INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Panorama geral da violência.....	14
1.2 Panorama geral da violência contra a mulher.....	15
1.3 Violência contra a mulher e o setor da saúde.....	16
2.OBJETIVO GERAL.....	20
3.QUADRO TEÓRICO.....	22
3.1 Violência contra a mulher na concepção de gênero.....	22
3.2 Violência contra a mulher: compreensão do problema.....	27
3.3 Violência contra a mulher: reflexos na saúde.....	31
3.4 Violência contra a mulher: papel da atenção básica.....	32
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Seleção e caracterização das participantes.....	39
4.3 Coleta do material.....	42
4.4 A análise dos dados.....	43
4.5 Aspectos éticos e bioéticos.....	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	48
5.1 Tema 1 – (in)visibilidade da violência familiar à mulher.....	49
5.2 Tema 2 – violência familiar à mulher: conduta de enfermagem.....	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS.....	88

APRESENTAÇÃO

*O meu olhar é nítido como um girassol.
Tenho o costume de andar pelas estradas
Olhando para a direita e para a esquerda,
E de vez em quando olhando para trás...
E o que vejo a cada momento
É aquilo que nunca antes eu tinha visto,
E eu sei dar por isso muito bem...
Sei ter o pasmo essencial
Que tem uma criança se, ao nascer,
Reparasse que nascera deveras...
Sinto-me nascido a cada momento
Para a eterna novidade do Mundo...
(Fernando Pessoa)*

Apesar dos vários entraves muitas conquistas têm sido alcançadas pelos movimentos feministas, principalmente nas últimas décadas. Porém, mesmo no século XXI, em que os avanços tecnológicos acontecem a cada segundo, é preciso continuar lutando dia após dia para que sejam reconhecidas plenamente nas esferas sociais e políticas. Assim, gostaria de citar Fernando Pessoa para auxiliar-me a apresentar os sentimentos que povoam o meu ser enquanto mulher e pesquisadora: “*Sei ter o pasmo essencial que tem uma criança se, ao nascer, reparasse que nascera deveras...Sinto-me nascido a cada momento para a eterna novidade do Mundo...*”¹ Acredito que neste trecho o poeta estava certo de que o ser humano pode alcançar novas conquistas se estiver aberto para as mesmas.

Desta forma inicio a apresentação desta pesquisa com real interesse que os seus resultados, através de uma ampla divulgação, possibilitem aos profissionais e estudiosos da temática uma reflexão intensa sobre as várias formas de violências ocorridas contra as mulheres no âmbito familiar na cidade de Maceió-AL e que, através desta reflexão, se possa buscar meios eficazes de superar a situação de sofrimento a qual as mulheres estão sujeitas, principalmente nas relações conjugais, pois em que no lugar da existência do afeto que promove alegria, ocorre justamente o contrário: o desmerecimento do ser mulher.

¹ Silva, Paulo Neves da. **Citações e pensamentos**. 1ª Edição. Leya Brasil, 2011.

A aproximação com área de estudo referente à violência contra a mulher ocorreu durante a graduação, no ano de 2009, quando ingressei no Grupo de Pesquisa chamado Enfermagem, Saúde e Sociedade (GESS), que iniciava um projeto sobre a conduta dos profissionais da ESF diante de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher.

Nos anos de 2009 e 2010, foi investigada inicialmente a conduta dos profissionais de nível médio, tanto Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como Auxiliares de Enfermagem (AE) que atuam nas unidades de ESF em Maceió-Al. Em que contatou-se neste estudo que a violência vivida por mulheres atendidas por unidades da ESF é percebida pelos ACS, profissionais inicialmente entrevistados, em suas diversas formas de manifestação, mas apesar desta realidade, eles não se sentiam preparados para agir de forma propositiva junto a mulheres que sofriam de violência familiar (LIRA, SILVA, TRINDADE, 2012).

Por outro lado, ao comparar o comportamento dos ACS, no que se refere à violência contra a mulher, percebeu-se que as condutas são distintas, as visões se opõem. Apesar disso, todos se mostraram abertos às possíveis capacitações e treinamentos, uma vez que vislumbram nos mesmos, a possibilidade de prepará-los para um enfrentamento mais efetivo e interdisciplinar. Chegaram até a solicitar da equipe de pesquisadoras e da Secretaria Municipal de Saúde o apoio necessário para a realização de palestras sobre o tema em estudo nas unidades da ESF, na comunidade e nas escolas (LIRA, SILVA, TRINDADE, 2012).

A partir das discussões sobre esse tema, da experiência na iniciação científica, que surgiu o interesse de continuar a explorar o tema da violência familiar contra a mulher e a conduta dos profissionais que atuam na ESF, abordando as(os) enfermeiras(os) no desenvolvimento da pesquisa para a dissertação do programa de pós-graduação em enfermagem.

No processo de aprofundar as reflexões sobre a violência, foi possível perceber, como pesquisadora, profissional e como mulher que os olhares das enfermeiras para esse fenômeno precisariam estar mais aguçados. Não que estas profissionais não estivessem visualizando o fenômeno no seu cotidiano de trabalho, mas necessitavam percebê-lo como algo a ser pensado de forma mais crítica e reflexiva, sobretudo no que tange ao cuidado que prestam às mulheres vítimas de violência.

É preciso refletir que o trabalho que qualifica a atenção à saúde das mulheres em situação de violência deve ir além do modelo biomédico de atenção, limitado ao processo de reprodução biológica, que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher. A superação desse modelo implica rever a prática profissional, posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres, o saber crítico sobre as necessidades em saúde, como consequência da situação de opressão que a abordagem de gênero encerra, constitui um de seus elementos, um dos instrumentos que deve orientar todo o trabalho das práticas profissionais nessa área, inclusive o das enfermeiras (GUEDES, FONSECA, YOSHIKAWA, 2013).

A escolha em realizar a pesquisa com estas profissionais deu-se a partir dessas reflexões, pelo fato de que, diferente dos serviços de emergência, a atenção primária representa a principal porta de entrada das usuárias ao Sistema de Saúde, estando, por isso, em uma posição estratégica. Assim sendo, a conduta dos profissionais em seu atendimento pode possibilitar a resolução ou minimização de agravos à saúde através dos encaminhamentos devidos e do monitoramento constante ou pode determinar a negligência no atendimento a esses problemas.

Assim, este estudo mostra uma parcela da realidade referente ao atendimento realizado por parte de enfermeiras que atuam na ESF à mulher violentada por seu parceiro íntimo para que, a partir das evidências, propostas sejam construídas no sentido de alcançar a melhora na conduta prestada à mulher em situação de violência familiar

1 INTRODUÇÃO

1.1 Panorama geral da violência

Os problemas relativos à violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tornando-se um problema de saúde pública não apenas em nossa sociedade, mas no Brasil e no mundo. Por estes motivos, a violência vem sendo estudada em pesquisas de fundações, secretarias municipais e estaduais, além de universidades (SILVA E TRINDADE, 2013, p. 141)

A violência tem sido apontada como um problema histórico, social e mundial, que tem aumentado de maneira assustadora, tornando-se motivo de preocupação dos países, de estudiosos, de autoridades, de organizações não-governamentais e por vários campos do conhecimento (LIRA, SILVA, TRINDADE, 2012).

E, apesar dos meios de comunicação evidenciarem as questões relativas à violência na atualidade, ao longo da história da humanidade, a violência humana sempre existiu, sendo acompanhada de intencionalidade, por ser o homem o único ser que pratica seus atos ou omissões com um objetivo pré-estabelecido (MINAYO, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2005).

A violência em si consiste em um problema social, não específico da área da saúde. Afeta os envolvidos não só pelas mortes, lesões e traumas que causa, mas também pelo impacto que gera nas condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades. A violência configura atualmente, ao lado dos agravos crônicos e degenerativos, um novo perfil epidemiológico no quadro de saúde do Brasil. O fenômeno passa a demandar uma abordagem com a qual o sistema de saúde, historicamente, não está habituado a lidar, uma vez que requer ênfase nos determinantes sociais e na produção e reprodução dos modos de viver e adoecer (MINAYO, 2006).

Neste novo perfil epidemiológico encontra-se a violência contra a mulher, que é construída a partir das desigualdades entre homens e mulheres na sociedade.

1.2 Panorama geral da violência contra a mulher

A violência contra a mulher, esta é considerada como um fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. A Convenção de Belém do Pará/Organização das Nações Unidas - ONU conceitua este fenômeno como todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada (BRASIL, 2011).

A violência contra as mulheres constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física. Homens e mulheres são atingidos pela violência de maneira diferenciada. Enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente praticada no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares, na grande parte das vezes praticado por seus companheiros e familiares (BRASIL, 2011, p. 11).

O Relatório Mundial da OMS, de 2002, define violência intrafamiliar como aquela que ocorre entre os membros da própria família, entre pessoas que tem grau de parentesco, ou entre pessoas que possuem vínculos afetivos. É também denominada de violência doméstica por alguns teóricos, embora outros estudiosos desse tema façam uma distinção entre a violência doméstica e a violência intrafamiliar (OMS, 2002).

De acordo com o artigo sétimo da Lei nº 11.340/2006, chamada Lei Maria da Penha, violência familiar é aquela que acontece dentro da família, ou seja, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, filha etc.) ou civil (marido, sogra, padrasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa). Já a violência doméstica, segundo essa mesma Lei, é quando a violência ocorre em casa, no ambiente doméstico, ou em uma relação de familiaridade, afetividade ou coabitação (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2006).

É importante destacar a diferença de origem dos conceitos de violência intrafamiliar e doméstica. Esta nasce com o movimento feminista, que denuncia o quanto o lar é perigoso para as mulheres, pois são as mais atingidas pela violência no espaço privado. De qualquer forma, as ideias das duas definições se entrelaçam, pois a violência doméstica ocorre no espaço familiar e a violência intrafamiliar se dá com frequência no âmbito doméstico (TELES, 2012)

1.3 Violência contra a mulher e o setor da saúde

Partindo do fato de que a violência afeta significativamente o processo saúde-doença das mulheres, podemos considerar o setor saúde como locus privilegiado para identificar, assistir e referir as mulheres vitimizadas. Ao longo de suas vidas, as mulheres que vivenciam violência familiar apresentam mais problemas de saúde, geram mais custos de atenção sanitária e buscam, com mais frequência, os serviços hospitalares e de urgência que outras pessoas que não sofrem maus tratos (Organização Pan-americana de Saúde, 2002, p. 23)

Neste contexto, destaca-se o papel da atenção primária no atendimento à mulher que vivencia a violência, particularmente a ESF, pois a assistência não deve ser centralizada no tratamento dos possíveis traumatismos físicos e de suas consequências, mas na sua prevenção primária. Atualmente, o modelo de atenção, tendo como centro a família, coloca os profissionais de saúde em posições estratégicas que permitem o desenvolvimento de mecanismos que possibilitam a conscientização das mulheres para desconstruir a desigualdade estabelecida e reconstruir relações equitativas de gênero (GUEDES, SILVA E FONSECA, 2009, p. 6).

A ESF, inicialmente denominada Programa de Saúde da Família, foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde como estratégia de reformulação do modelo brasileiro de atenção à saúde e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. A estratégia nasceu na tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros, até então vigentes. Sistematizada e orientada por equipes de saúde da família que envolve médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos e ACS, a ESF busca discutir e ampliar o tradicional modelo sanitário médico-curativista, para a compreensão de uma abordagem coletiva, multi e

interprofissional, centrada na família e na comunidade, inserida em seu contexto real e concreto (BACKES et al., 2012).

Assim, a ESF surge como grande aliada na assistência às mulheres vítimas de violência familiar, alicerçando a construção de um fluxo de referência e contra referência. O vínculo que os profissionais desse modelo de atenção constroem com a comunidade aproxima-os de cada integrante das famílias, criando um espaço de acolhimento e confiança para os usuários relatarem situações de violência vividas em casa, pois serviços de saúde, nos quais há a fragmentação do indivíduo em relação ao seu contexto, enfrentariam mais obstáculos para tomar conhecimento do problema, retardando a detecção do mesmo (LIRA, SILVA, TRINDADE, 2012).

A ESF viabiliza, ainda, a testagem da resolubilidade das ações, posto que, por abranger áreas delimitadas, os indivíduos e as famílias são assistidos em períodos regulares e são praticamente os mesmos sempre, favorecendo, pela continuidade, a percepção da recorrência de alguns acontecimentos (SCHATSCHNEIDER, 2012).

Além disso, os profissionais possuem inúmeras oportunidades de abordar o assunto, visto que a maioria das atividades da ESF ainda está voltada ao público feminino, inclusive nas visitas domiciliares, onde quase sempre, apenas as mulheres são encontradas em casa. Sem contar a interdisciplinaridade característica desse modelo e, mais recentemente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, promovendo a integralidade da atenção, fundamental ao atendimento dessas mulheres (BRASIL, 2011).

No campo assistencial comunitário ou na ESF, a enfermeira lança mão tanto de uma série de tecnologias que incluem os equipamentos e o instrumental necessários ao desenvolvimento do trabalho como, por exemplo, os aparelhos, a estrutura física, os procedimentos técnicos, os folhetos educativos, os conhecimentos estruturados acerca da epidemiologia, o planejamento em saúde e outros, quanto de tecnologias que envolvem as relações, as interações e as associações entre os usuários e as famílias, que dizem respeito ao vínculo, ao acolhimento e às relações humanizadas (FALCÓN, ERDMANN E BACKES, 2008). Nesse sentido, a atuação da enfermeira vai além da dimensão técnico-assistencialista ou da aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico-científicos e se concentra em saberes que levam em consideração as inter-

relações e a dinâmica coletivo-social de todos os envolvidos no processo (BACKES et al, 2013).

Com relação à saúde da mulher agredida, a literatura orienta que as enfermeiras e demais profissionais da saúde devem estar presentes desde o primeiro contato, respondendo ao seu pedido de ajuda. Podem contribuir significativamente fornecendo orientações e informações sobre o cuidado à sua saúde. Concomitantemente, a enfermeira providencia assistência e apoio para que a mulher assuma conscientemente as suas decisões. As enfermeiras, mostrando disponibilidade e aceitação para ouvi-la e estimulando a sua expressão sobre o vivido, abrem espaço para que ela se assuma como protagonista do próprio cuidado (MORAES, MONTEIRO E ROCHA, 2010).

E é sobre tal fenômeno que esta pesquisa se debruçou, ou seja, sobre a temática que diz respeito à violência contra a mulher, mais especificamente a violência intrafamiliar perpetrada pelo parceiro íntimo.

É justamente nos pontos supracitados que reside a importância deste estudo, pois, foi realizada uma investigação inicial da conduta das profissionais desta pesquisa, desde o conhecimento acerca do assunto em questão, as dificuldades na consulta às vítimas, passando pela orientação dispensada à mulher, pelos procedimentos executados na unidade e encaminhamentos para instituições da Rede.

Tal investigação surgiu por meio dos seguintes questionamentos de pesquisa: *a(o) enfermeira(o) inserida na ESF se depara em seu atendimento com mulheres que tenham sofrido violência familiar? Em caso afirmativo, qual a conduta que adota diante do caso de mulher vítima deste tipo de violência?*

A violência familiar contra a mulher tem sido um tema mundialmente discutido, com crescente aumento de trabalhos científicos publicados nas últimas décadas, evidenciando que é um problema latente a ser explorado, cada vez mais constante no cotidiano dos serviços de saúde e, especialmente da atenção básica, onde, as(os) enfermeiras(os) situam-se em uma posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo e de suas consequências drásticas para a saúde da mulher. Nesse sentido, o desenvolvimento de pesquisas no campo de conhecimento de enfermagem possibilita a produção de novos saberes em direção ao cuidado.

A pesquisa é relevante, pois, seus resultados poderão contribuir com uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem voltado à saúde da mulher favorecendo uma compreensão sobre as implicações relativas às informações fornecidas pelas enfermeiras, que poderão subsidiar e reorientar ações de saúde mais compatíveis com as necessidades apresentadas por mulheres violentadas familiarmente.

2.OBJETIVOS

GERAL:

1. Identificar a conduta que enfermeiras(os) adotam diante de casos de violência familiar contra a mulher na Estratégia Saúde da Família.

ESPECÍFICOS:

1. Descrever a conduta das (os) enfermeiras (os) inseridas (os) na Estratégia Saúde da Família diante da suspeita ou detecção de casos de violência familiar à mulher;
2. Analisar a conduta das (os) enfermeiras (os) referentes a violência perpetrada contra a mulher por parceiro íntimo.

Neste estudo foi adotado o termo violência familiar praticada contra a mulher, pelo fato de ter sido escolhido como local de processamento da pesquisa os serviços onde funcionam a Estratégia de Saúde da Família, que tem como alvo para a sua assistência às famílias e seus respectivos contextos. Assim, o objeto de estudo explorado nesta pesquisa foi a conduta de enfermeiras (os) inseridas (os) na Estratégia Saúde da Família – ESF de Maceió-Al diante de casos de violência familiar contra a mulher.

Dois aspectos devem ser considerados acerca do objeto de estudo. O primeiro diz respeito ao significado do termo conduta. No âmbito das compreensões existentes para este termo na área da saúde, destaca-se a que consta na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em seu descritor intitulado conduta, que afirma ser a resposta observável de uma pessoa diante de qualquer situação (pôr referencias no rodapé). Partindo-se para uma conceituação mais abrangente, para o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, por exemplo, conduta é a “maneira de alguém se conduzir, se comportar; procedimento” (FERREIRA, 2009).

Embora ambas as definições contemplem o sentido que se pretendeu adotar ao termo conduta nesta pesquisa, o significado extraído do dicionário Aurélio é o que se aproxima do significado que o termo conduta possui neste estudo, neste caso, a maneira

como as enfermeiras se conduzem e/ou procedem diante de casos de violência familiar contra a mulher.

Já o segundo aspecto referente ao objeto de estudo desta pesquisa relaciona-se justamente a este tipo de violência, a intrafamiliar que, nesta pesquisa, é cometida por parceiro íntimo, visto que foi este o agressor apontado pelas enfermeiras em todas as entrevistas realizadas.

Assim neste estudo o termo conduta investigado refere-se à maneira como as enfermeiras se conduzem no atendimento a mulher na Estratégia Saúde da Família vítima de violência familiar. Neste sentido, a conduta corresponde às ações das enfermeiras em relação ao seu trabalho na Estratégia Saúde da Família envolvendo a mulher.

3. QUADRO TEÓRICO

A fim de se explorar o objeto de estudo desta pesquisa, foram consultadas as produções científicas que guardam relação com o tema, como artigos, monografias, dissertações e teses. Também adotou-se a categoria analítica de gênero como pano de fundo desta produção, pois ao ser abordado na discussão da violência familiar perpetrada contra a mulher, a concepção de gênero possibilita uma análise aprofundada das informações emergidas deste fenômeno, desta forma amplia a abordagem que tem se dado aos estudos de gênero e saúde cujo enfoque tem sido mais voltado para as questões de saúde reprodutiva e sexual.

3.1 Violência contra a mulher na concepção de gênero

É a partir da década de 90 que a violência acima referenciada vem sendo concebida também como uma questão de saúde baseada nas relações de gênero (ANDRADE, FONSECA, 2008). Contudo, antes mesmo da década de 90, o conceito de gênero já estava sendo gestado e utilizado no âmbito de contextos históricos e, por este motivo, é imprescindível compreender esta construção histórico-social de gênero, que passou a ser inserido nas pesquisas que procuram analisar as relações entre homens e mulheres.

Gênero é um conceito que possui sua origem nas Ciências Sociais, surgindo enquanto referencial teórico para análise e compreensão da desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem (GOMES et al, 2007). O uso do termo como categoria analítica foi proposto na década de 70 por historiadoras, como Scott, ligada ao movimento feminista (ANDRADE, FONSECA, 2008; FRANZOI, 2007).

Este movimento, desde os séculos XIX e XX, evidencia a condição da mulher, enfatizando as desigualdades historicamente construídas, levantando questionamentos que dizem respeito a dominação masculina tida como natural nos diversos espaços sociais. Ainda nos dias atuais, o movimento feminista continua ativo e tem reivindicado o direito à saúde e o enfrentamento à violência contra a mulher. Como desdobramentos, significativas alterações no estatuto legal da mulher na família e na sociedade vêm se

ampliando nos seus direitos civis e sociais (ANDRADE, FONSECA, 2008; SANTI, NAKANO, LETTIERE, 2010).

A produção acadêmica sobre gênero no Brasil acompanhou a movimentação feminista, mas teve início mais tardiamente (meados dos anos 1970) em comparação aos Estados Unidos e os países europeus (ALVIM, SOUZA, 2005).

Nos últimos anos, presenciamos muitas conquistas resultantes da luta feminina contra a desigualdade de gênero (GUEDES, SILVA E FONSESA, 2009). No Brasil, o movimento das mulheres pelo direito de votar começou com a Proclamação da República, em 1890, e só acabou em 1934, quando este direito foi estendido às mulheres brasileiras (ANDRADE, FONSECA, 2008).

Outra conquista que está se alicerçando é o espaço no mercado de trabalho, que apesar da realidade nos demonstrar que as mulheres ainda estão lutando por condições plenas de igualdade em relação aos homens, é notória a crescente conquista das mulheres de maior qualificação profissional e melhores espaços no mercado de trabalho (GUEDES, SILVA E FONSESA, 2009).

E é neste contexto de lutas e conquistas que as historiadoras do movimento feminista agregaram a categoria gênero na pesquisa sobre mulheres. Neste estudo não é diferente, pois ao embutir tal categoria, adotada pelas pesquisadoras do âmbito feminista, se acredita que, desta maneira, se possa transformar os paradigmas ainda vigentes em nossa sociedade e escrever uma nova história (SCOTT, 1995).

Dentre as historiadoras do movimento feminista que relaciona gênero à violência encontra-se Scott (1995, p. 32), para quem gênero integra as relações sociais que estão sedimentadas no que existe de diferente entre os sexos. Além disto, gênero envolve outros elementos como os símbolos culturais, conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas, jurídicas, a organização social e suas instituições e a construção de identidades subjetivas.

Com relação às diferenças entre os sexos, os papéis de gênero nos são repassados como inerentes da condição de ser homem ou mulher, configurando-se, desta forma, enquanto uma imagem idealizada a ser seguida do masculino e do feminino, de modo que não nos damos conta de sua produção e reprodução social, já

que a idealização do que é ser homem ou mulher é tida como natural, ou seja, é esta a que deve ser repassada para as gerações (GOMES et al, 2007).

A visão crítica e reflexiva sobre a maneira de como acontece às relações supracitadas é um dos caminhos para apreender ainda mais a concepção de gênero. Para tanto, basta realizar o exercício da percepção para identificar quem é o detentor do poder. Nesse exercício, é possível observar, nas mais diversas relações, as hierarquias que estão presentes, e em se tratando da hierarquia de gênero, a relação assimétrica é a estabelecida entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, homens e homens de maneira proposital (FRANZOI, 2007). A despeito da hierarquia, esta nada mais é do que uma medida de grau de autoridade, em que o indivíduo, no momento que a percebe em uma determinada ordem crescente ou decrescente de valor, encontra qual é o seu lugar na relação (FRANZOI, 2007).

É à luz das relações de poder, ou seja, envolvidas por assimetrias, que gênero, enquanto uma categoria de análise procura explicar as diferenças biológicas e socialmente construídas entre mulheres e homens. A análise destas relações mostra que o exercício do poder se dá de forma desigual entre os sexos, sendo que as mulheres ocupam posições subalternas e secundárias, sendo alvos, justamente por ocupar tais posições, da violência que a elas é perpetrada por parte dos homens (ANDRADE, FONSECA, 2008), pois, é na própria construção de gênero em que ocorre o primeiro embate nas relações de poder (SCOTT, 1995).

Por outro lado, as mulheres também podem cometer a violência de gênero contra homens, contra as outras mulheres e também contra crianças. Contudo, a ocorrência deste fato é mais rara. Isto é explicado porque como categoria social, as mulheres não possuem um projeto de dominação e exploração dos homens, mas a inexistência desse projeto não as impede de praticar a violência ao desempenhar, por delegação, a função patriarcal, por exemplo, mesmo que inconscientemente (ANDRADE, FONSECA, 2008).

Se homens e mulheres agredem e são agredidos, mesmo que as mulheres sejam o alvo preferencial, o foco deve, então, recair em como se constroem tais relacionamentos e quais são os efeitos para o casamento/namoro e para os diversos aspectos da vida de seus atores (ALVIM, SOUZA, 2005).

E, para além da violência de gênero que possa incutir na materialidade do ato, neste caso, a violência que é visível, a desigualdade de gênero se reproduz e se naturaliza também a partir da violência simbólica, a qual fornece a base legitimadora de ações e relações de forças presentes na violência física, psicológica e sexual (ANDRADE, 2009).

A violência simbólica foi primeiramente definida pelo sociólogo Bourdieu (2010), que afirmou que a força deste tipo de violência está atrelada ao fato de as relações de dominação presentes se manifestam de forma irreconhecível, mascarada e inconsciente, porém com capacidade de confirmar ou transformar a visão do mundo.

De acordo com o autor mencionado acima, a violência simbólica se apresenta de forma sutil e seu fundamento reside nas disposições modeladas, ou seja, construídas de forma legítima pelas estruturas de dominação que as produzem (BOURDIEU, 2010). Dessa forma, essa violência é reforçada, perpetuada e confirmada por gerações a fio, sendo, então, legitimada enquanto existirem as estruturas de dominação masculina na sociedade e quem as aceite e as acate como natural do próprio ser homem (ANDRADE, 2009).

As consequências diretas disso são reflexos da concepção onde as sociedades conferem poder aos homens, vindo a recair com mais intensidade no interior da família (BOURDIEU, 2009; SCHRAIBER et al., 2005). Isso pode ser confirmado, ao se pensar que mulheres são agredidas por pessoas conhecidas e no próprio ambiente doméstico (ANDRADE, 2009), pois são as concepções sobre o que é ser homem ou mulher que germinam a produção de violência na medida em que um se julga acima do outro e procura submeter o outro aos seus interesses e desejos (SIMONE, SOUZA, 2005).

Conhecer as características que envolvem as relações pessoais no interior da família e detectar as formas de violência que podem estar nas entrelinhas das atitudes e posturas de cada membro da família (MEDINA E PENNA, 2008), pode favorecer, em certa medida, uma transformação profunda na maneira como a condição da mulher é socialmente imposta (PALHONI, 2011).

A família moderna reproduz a desigualdade social existente no que tange ao que já é esperado sobre o comportamento de homens e mulheres (MEDINA E PENNA, 2008). Sendo assim, esperam-se das mulheres delicadeza, sensibilidade, passividade, subordinação e obediência. E, este comportamento é devido, segundo a própria

mentalização da sociedade, à sua condição biológica de engravidar e amamentar vinda da sua natureza maternal e, por assim dizer, até instintiva. Nesta mesma linha de raciocínio, a sociedade também foi atribuindo à mulher o cuidado com o marido, com o lar e com os filhos sendo, inclusive, responsabilizada por qualquer coisa de errado que venha a acontecer (MEDINA E PENNA, 2008).

Esta situação de subalternidade, ou ainda, posição de marginalidade, que configura e agrava a violência contra a mulher está relacionada à sua capacidade, muitas vezes, fragilizada socialmente, de autodeterminar-se sexual e socialmente. Tendo como reflexo iminente, a mulher que se torna mais vulnerável ao abuso físico e emocional masculino na medida em que não é sujeito de sua própria vida (ANDRADE E FONSECA, 2008).

Nestes aspectos, a introdução da categoria gênero nesta pesquisa é importante para perceber as relações de violência no espaço familiar, uma vez que esta categoria possibilita compreender os papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres, como perpetradores de relações hierárquicas desiguais que podem culminar com a violência familiar contra a mulher (GOMES et al, 2007).

Conforme dados de pesquisa (OLIVEIRA, 2010), os serviços de saúde apresentam, como procura inicial de mulheres em situação de violência, certamente em decorrência dos fortes transtornos e sequelas, ocasionados pela violência, em suas diversas facetas.

É necessária e indispensável, portanto, a discussão e compreensão das relações de gênero por parte das pessoas que prestam atendimento às mulheres, inclusive enfermeiras(os), visto que a identificação e encaminhamento específicos possibilitam a proteção e assistência às mulheres atendidas nos serviços de saúde, contudo a não compreensão das relações de gênero interfere nas ações e encaminhamentos no atendimento e enfrentamento da problemática (OLIVEIRA, 2010).

Partindo, pois, do pressuposto que a violência contra a mulher é um dos aspectos inseridos no âmbito da saúde coletiva, e que muitas vezes as(os) profissionais de enfermagem se defrontam com esta realidade, faz-se necessário que esses detenham conhecimentos que possibilitem conduzir o atendimento necessário às mulheres que sofrem este tipo de agressão. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF),

representa uma dessas realidades e a Equipe de Saúde da Família precisa estar preparada para o enfrentamento dessa situação (BEZERRA et al, 2012).

A(o) enfermeira(o) como integrante desta equipe, precisa estar atenta(o), bem como capacitada(o) a atuar neste cenário, tendo em vista a formação prevista para este profissional que requer um olhar voltado para a promoção da saúde (BEZERRA et al, 2012).

3.2 Violência contra a mulher: compreensão do problema

O fenômeno da violência contra a mulher é mencionado através de vários termos desde a década de 50 do século passado. Na metade do século XX, este tipo de violência era designada como violência intrafamiliar. Já nos anos 80, foi denominada de violência doméstica e, a partir da década de 90, os estudos passaram a abordá-la como violência de gênero, pois passaram a tratar as relações de poder em que a mulher é subjugada e submetida (BARALDI, 2009).

Como dito anteriormente, neste estudo, foi adotado o termo violência familiar praticada contra a mulher, pelo fato de ter sido escolhido como local de processamento da pesquisa os serviços onde funcionam a ESF, que tem como alvo para a sua assistência às famílias e seus respectivos contextos.

A respeito da violência intrafamiliar, esta envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando em conta a consanguinidade e a afinidade. Pode ocorrer no domicílio ou fora dele. As categorias violência doméstica e violência intrafamiliar, possibilitam a desmistificação do carácter sacrossanto da família e da intocabilidade do espaço privado, evidenciando que, se de um lado possa existir o afeto, do outro, a família pode ser uma instituição violenta (ANDRADE, 2009)

O conceito de violência intrafamiliar contra a mulher tem enfoque com qualquer ato de violência física, psicológica, moral, sexual, social, emocional e/ou verbal praticado por qualquer membro da família e que geram agravos significativos à saúde da mulher, inclusive ao desenvolvimento da gestação. A negligência também é apontada como uma forma de violência intrafamiliar (MEDINA E PENNA, 2008).

Mas é só no final da década de 60 do século XX, a partir de estudos sobre as relações familiares, o papel tradicional da mulher na família e a condição feminina na

sociedade, é que a violência familiar praticada contra a mulher passa a ter visibilidade como um problema social e de saúde, tornando-se uma categoria política de reivindicação feminista que não respeita fronteira, não só de gênero, como também de idade, classe social, raça/etnia, religião e grau de escolaridade (GOMES, 2007).

Sendo assim, apesar de o espaço familiar ser privado, e dessa forma, considerar-se que os fatos que nele ocorrem não dizem respeito à sociedade e às autoridades, com o surgimento dos movimentos sociais, inclusive do movimento de mulheres, alguns temas do espaço doméstico foram trazidos a público e são hoje objeto de debate social e intervenção do Estado (PORTELLA, 2000).

E mesmo caracterizada como uma luta que vem sendo travada há certo tempo, em pleno início do século XXI, a desigualdade entre mulheres e homens continua sendo uma realidade mundial. Nenhum país, até o momento, conseguiu eliminar a disparidade de gênero. Segundo dados da OMS publicados em 2005, a cada 18 segundos, uma mulher é vítima de violência e maus-tratos em algum ponto do planeta (BRASIL, 2006 a).

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) promoveu estudos sobre a magnitude e o impacto da violência em seis países da América Latina. O custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência, foi de 1,9% do PIB no Brasil (BRASIL, 2005).

O BID contabilizou que 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, o que reduz seus ganhos financeiros entre 3% e 20% (BRASIL, 2002), além de trazerem um gasto para os cofres públicos com licenças, consultas médicas, internações e aposentadorias precoces (SOARES, 2005).

A violência intrafamiliar representa quase um ano perdido de vida saudável a cada cinco mulheres, entre 15 e 44 anos, e ocupa peso similar à tuberculose, ao HIV, aos diversos tipos de câncer e às enfermidades cardiovasculares (BRASIL, 2005). A mesma fonte aponta que filhos e filhas de mães que sofrem violência têm três vezes mais chances de adoecer e 63% dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade (BRASIL, 2005).

Segundo dados da Associação Médica Americana, as mulheres em situação de violência familiar representam: 19% a 30% das mulheres atendidas em emergências

gerais; 25% das mulheres atendidas em serviços de emergências psiquiátricas; e 25% das mulheres que buscam acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006 b).

Conforme dados estatísticos da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, uma em cada seis mulheres no mundo sofre violência doméstica (BRASIL, 2006 a). A OMS complementa afirmando que metade das mulheres assassinadas são mortas pelo namorado ou marido, atual ou ex (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2009).

Os dados internacionais permitem obter uma visão comparativa dos níveis de violência existentes em nosso país. Vemos assim que, com uma taxa de 4,4 homicídios em 100 mil mulheres, o Brasil ocupa a sétima posição no contexto dos 84 países do mundo com dados homogêneos da Organização Mundial de Saúde (OMS) compreendidos entre 2006 e 2010 (WAISELFISZ, 2012).

Pesquisa realizada em 2010 pelo Instituto Sangari e coordenada por Julio Jacobo Waiselfisz mostra que “em dez anos (1997 a 2007) 41.532 mulheres morreram vítimas de homicídios – índice 4.2 assassinadas por 100.000 mil habitantes” (WAISELFISZ, 2010).

No Brasil, nos 30 anos decorridos entre 1980 e 2010 foram assassinadas no país acima de 92 mil mulheres, 43,7 mil só na última década. O número de mortes nesse período passou de 1.353 para 4.465, mais que triplicando o quantitativo de mulheres vítimas de assassinato no país (WAISELFISZ, 2012).

Reportando-nos à realidade local, na capital alagoana, Maceió, a violência contra a mulher apresenta-se de forma similar à realidade mundial, verificando-se o aumento do número de ocorrências deste tipo nos últimos anos. No ano 2000, foram registrados 1.572 casos, aumentando para 2519 ocorrências registradas em 2005. No que se refere ao grau de afinidade entre a vítima e o agressor, em 57% das ocorrências, o cônjuge foi o autor da agressão (ALAGOAS, 2005).

Diante da dimensão do problema da violência doméstica, tanto em termos do alto número de mulheres atingidas quanto das consequências psíquicas, sociais e econômicas, e em resposta às recomendações ao Estado brasileiro do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW/ONU) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a

Mulher, em 2006, o Brasil passou a contar com uma lei específica para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 ou Lei Maria da Penha). A partir dessa Lei, os crimes passam a ser julgados nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher ou, enquanto estes não existirem, nas Varas Criminais (BRASIL, 2010).

A Lei Maria da Penha representa um passo significativo para assegurar à mulher sua integridade física, psíquica, sexual e moral considerado um avanço importante no enfrentamento do problema.

Em 2013 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apresentou um relatório com um raio-X da violência contra a mulher no Brasil nos últimos anos. O estudo "A atuação do Poder Judiciário na aplicação da Lei Maria da Penha" traz o número de homicídios contra mulheres em todo o Brasil. O ranking leva em consideração o ano de 2010, os números mais atuais, e Alagoas aparece em segundo lugar com 134 homicídios. O líder em assassinatos de mulheres é o Espírito Santo, com apenas uma morte a mais. O Estado onde menos se mata mulheres é o Piauí, com 40 casos (CNJ, 2013).

Esse mesmo estudo revelou que a maior parte das agressões contra as mulheres é feita pelo marido ou ex-marido. Em Alagoas, 38,47% dos casos de violência tiveram os ex-companheiros como autores. É o típico caso previsto na Lei Maria da Penha, quando a vítima é do sexo feminino e há uma relação de afeto ou parentesco entre autor e vítima.

Porém, apesar da criação de instrumentos legais que tentem a pôr um fim ao problema em questão, os dados continuam alarmantes e, por este motivo, a violência praticada contra a mulher já é considerada um grave problema de saúde pública, de grande magnitude e alta prevalência (BRASIL, 2011).

Isto se dá por conta de algumas razões, mas certamente, as disparidades de gênero ainda colocam as mulheres em desvantagem em relação aos homens. A violência de gênero engloba a violência praticada por homens contra mulheres e vice-versa, embora as mulheres sejam as maiores vítimas deste tipo de violência gerado pelas desigualdades entre os sexos (SAFFIOTI, 2004).

Estas desigualdades surgem desde a educação das crianças e são perpetuadas por adultos de ambos os sexos (PORTELLA, 2000). Os meninos são incentivados a

valorizar a agressividade, a força física e a dominação; e as meninas, a submissão, dependência e cuidado com os outros (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2009).

Assim, a educação tradicionalmente dispensada aos meninos e meninas visa a torná-los aptos a assumir as funções que sempre lhes foram destinadas, gerando e mantendo a posição de subordinação da mulher ao homem. Quando homem e mulher unem-se numa relação, já está claro para ambos qual o lugar de cada um. É dessa ideia de domínio do homem sobre a mulher que surge a violência (PORTELLA, 2000).

Dessa forma, o regime patriarcal limita o papel da mulher na sociedade, diferenciando a inserção política, social, econômica e cultural feminina da masculina, ou seja, as mulheres têm dificuldades de exercer seu papel social, culminando em mais desigualdades entre os sexos (PITANGUY, 2002).

Passando da esfera social para a familiar, cabe dizer que o crescimento da violência no plano das relações conjugais está relacionado com a desintegração dos modelos familiares dominantes, provocando, dentre outros efeitos, situações de violência (FRANCISQUETTI, s/d, p. 61). Tal processo não se restringe aos países menos desenvolvidos; pelo contrário, é um fenômeno complexo, milenar que perpassa civilizações e sistemas econômicos (OLIVEIRA, 2006).

Com o passar do tempo, as mulheres foram conquistando novos espaços, o que provocou a diminuição das diferenças entre os sexos, inclusive no plano das relações familiares. Este processo levou à crise de suas identidades e ao surgimento de novas figuras de homem e de mulher, de conflitos e até mesmo situações de violência intrafamiliar, quando o respeito ao outro e às suas escolhas não acontece (FRANCISQUETTI, s/d, p. 61).

3.3 Violência contra a mulher: reflexos na saúde

Os efeitos da violência podem ser sérios para a saúde reprodutiva feminina e aumentam o risco de inúmeros outros problemas de saúde em longo prazo, resultando em dores crônicas, doenças mentais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e alterações do comportamento como desordens alimentares e do sono (LARSEN; KRUSE, 2003).

Uma pesquisa realizada em Diadema, São Paulo, traduziu o crescimento da violência contra a mulher, referindo, entre os agravos à saúde já citados, o aborto, a doença pélvica inflamatória, o abuso de drogas e distúrbios gastrointestinais (FRANCISQUETTI, s/d, p. 61). A Associação Médica Americana encontrou em seus achados a ocorrência de fadiga, cefaleias e o seguinte quadro psicológico: ansiedade, pesadelos, fantasias catastróficas, sentimentos de alienação e isolamento, além de problemas sexuais nas vítimas de estupro (BRASIL, 2006 b).

Outro estudo realizado na Dinamarca demonstrou que as lesões mais comuns nas mulheres com entrada nos serviços de emergência foram as de cabeça e pescoço, seguidas pelos traumas classificados como múltiplos. Estes achados foram mais expressivos entre o grupo das vítimas, comparado com o grupo das demais mulheres que não sofreram violência (LARSEN; KRUSE, 2003).

A taxa de abortos induzidos em todo o período foi significativamente maior entre as vítimas na faixa de 15 a 29 anos. As doenças ginecológicas afetaram mais aquelas com história de violência doméstica em todos os grupos etários e as doenças mentais, as vítimas principalmente na faixa de 30 a 49 anos (LARSEN; KRUSE, 2003).

Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Paralelo a isto, as mulheres não encontram apoio social, pois grande parte da sociedade legitima a violência familiar, nem encontram serviços que ofereçam escuta para o seu problema. Tal situação traduz-se no silêncio das vítimas acerca do assunto (PORTELLA, 2000).

Em virtude disso, os profissionais de saúde precisam estar atentos aos sinais de alerta emitidos pelas mulheres que procuram os serviços, os quais podem ser indicativos de violência. Elas quase sempre omitem os acontecimentos, mas recorrem aos serviços para tratar de suas lesões e cabe a estes – sabendo da dimensão do fenômeno em nosso país – encontrar meios de investigar melhor a situação (PORTELLA, 2000).

3.4 Violência contra a mulher: papel da atenção básica

Diferente dos serviços de emergência, a atenção primária representa a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema de Saúde, estando, por isso, em posição

estratégica. Isto porque a conduta dos profissionais em seu atendimento pode possibilitar a resolução ou minimização de agravos à saúde através dos encaminhamentos devidos e do monitoramento constante ou pode determinar o agravamento desses problemas.

Casos de violência que são vistos, mas não são acolhidos ou assistidos, perdem-se no trajeto. Assim, a visibilidade é maior que o acolhimento, que é maior que o assistir/cuidar. Apesar de haver um reconhecimento maior do que o referenciado na maioria dos estudos encontrados na literatura, a visibilidade completa não está garantida, pois apenas seu componente do reconhecer está ocorrendo (BATISTA, 2005).

O combate à violência contra a mulher exige a integração de inúmeros fatores políticos, legais e, principalmente, culturais para que seja desnaturalizada pela sociedade. Com essa intenção, foi promulgada a Lei 10.778/2003, estabelecendo, em todo território nacional, a notificação compulsória na Ficha de Notificação (Anexo I) do caso suspeito ou confirmado de violência contra a mulher atendido em serviços de saúde públicos ou privados (SALIBA; GARBIN; DOSSI, 2007).

A notificação é um poderoso instrumento, uma vez que permite conhecer a dinâmica da violência no lar, permite seu dimensionamento epidemiológico e determina a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência, desencadeando a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção. É por meio da notificação que a violência ganha visibilidade (SALIBA; GARBIN; DOSSI, 2007).

No Brasil, pesquisas apontam a subnotificação da violência contra a mulher: as mulheres recusam-se a utilizar os recursos legais para defender-se do agressor. E quando o fazem, desistem da continuação do processo até a efetivação da denúncia. A mulher, apesar do apoio legal para protegê-la, recusa-se a defender-se da agressão cometida por seu parceiro (JONG, SADALA E TANAKA, 2008; SALIBA; GARBIN; DOSSI, 2007).

As mulheres justificam a desistência do processo contra o companheiro: pela afetividade que ainda sentem por ele, ou desejando manter a família, ou pela dependência econômica. Esperando que o marido se modifique a mulher mostra-se desamparada. Porém, ao voltar à realidade, provavelmente sob a pressão externa dos familiares, do marido, dos filhos – ou mesmo quando tomam a consciência de que são

dependentes do marido – voltam atrás e retomam a sua posição de mulher dentro da família tradicional. A trajetória da denúncia à desistência pode ser compreendida percebendo-se a sua realidade existencial, como ela a vive: ela conscientiza-se, após a tentativa de avançar na sua autonomia, de que a mesma não se encontra ao seu alcance. Continuar o processo de denúncia do agressor, na sua percepção, seria mais complexo e difícil, talvez inviável, em relação à realidade da violência, que é a sua realidade (JONG, SADALA E TANAKA, 2008, p. 8).

A trajetória da denúncia à desistência pode ser compreendida percebendo-se a sua realidade existencial, como ela a vive: ela conscientiza-se, após a tentativa de avançar na sua autonomia, de que a mesma não se encontra ao seu alcance. Continuar o processo de denúncia do agressor, na sua percepção, seria mais complexo e difícil, talvez inviável, em relação à realidade da violência, que é a sua realidade (JONG, SADALA E TANAKA, 2008, p. 8).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família - ESF surge como grande aliada na assistência às mulheres vítimas de violência familiar, alicerçando a construção de um fluxo de referência e contra - referência. O vínculo que os profissionais desse modelo de atenção constroem com a comunidade aproxima-os de cada integrante das famílias, criando um espaço de acolhimento e confiança para as usuárias relatarem situações de violência vividas em casa. Serviços, nos quais há a fragmentação do indivíduo em relação ao seu contexto, enfrentariam mais obstáculos para tomar conhecimento do problema, retardando a detecção do mesmo (SCHATSCHNEIDER, 2012).

A ESF viabiliza, ainda, a testagem da resolubilidade das ações, posto que, por abranger áreas delimitadas, os indivíduos e as famílias são assistidos em períodos regulares e são praticamente os mesmos sempre, favorecendo a percepção da recorrência de alguns acontecimentos (SCHATSCHNEIDER, 2012).

Além disso, os profissionais possuem inúmeras oportunidades de abordar o assunto, pois a maioria das atividades da ESF ainda é voltada ao público feminino, inclusive nas visitas domiciliares, nas quais quase sempre, apenas as mulheres são encontradas em casa. Sem contar a interdisciplinaridade característica desse modelo e, mais recentemente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, promovendo a

integralidade da atenção, fundamental ao atendimento dessas mulheres (BRASIL, 2009).

Um estudo realizado em São Paulo mostrou que 35,1% (118) das mulheres entrevistadas em quatro serviços com ESF declararam terem sido vítimas de violência física cometida pelo parceiro atual ou anterior pelo menos uma vez na vida; 11,8% relataram casos de violência sexual, e a forma de violência psicológica foi relatada por 48,7% das mulheres entrevistadas (BATISTA, 2005). O mesmo autor cita que 61,9% sofreram agressão que a classificação do instrumento considera severa, e para 38%, a agressão foi considerada moderada, ficando clara a predominância da forma severa. É importante ainda lembrar que a frequência dos casos de violência física, além de ter ocorrência alta, foi também considerada repetitiva (BATISTA, 2005).

Vale ainda ressaltar a questão da invisibilidade da violência na leitura de prontuários. No mesmo estudo citado acima ficou claro que um número íntimo dos casos foi registrado, o que parece bastante preocupante. Quer dizer, as vítimas costumam procurar os serviços apenas quando se encontram em quadros graves, e aquelas que procuraram a atenção primária não tiveram suas queixas registradas e consideradas como pertinentes à utilização dos serviços de saúde e/ou da atenção dos profissionais desses serviços (BATISTA, 2005).

Pesquisadores já observaram que a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência (JARAMILLO; URIBE, 2001).

Os profissionais que estão atuando na ESF têm apontado, nas várias oportunidades de capacitação, a violência intrafamiliar como um dos maiores problemas por eles encontrados. Então a questão da violência não tem passado despercebida por esses profissionais. A violência os tem incomodado, a ponto de desenvolverem vários sentimentos: impotência, raiva, medo, indignação, e um desejo de livrar-se do problema por julgar não pertinentes ao seu campo profissional. Ou, ao contrário, vontade de ter uma forma de dar resposta adequada, saber para onde encaminhar ou o que fazer (BATISTA, 2005).

Além do despreparo profissional, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar,

falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Desse modo, a sensibilização dos profissionais é fundamental, mas somente isto não dá conta da problemática. No geral a violência é reconhecida, todavia, sobre ela pouco se discute no serviço de saúde: a violência não toma parte das conversas entre profissionais em seu dia-a-dia, tal como outros assuntos assistenciais. Ela pode ser alvo das reuniões, mas esgota-se ali, ao contrário de um problema assistencial de difícil solução que é tanto alvo das reuniões como segue fazendo parte das conversas no ambiente de trabalho (BATISTA, 2005).

Verificou-se que os códigos de ética médica, de enfermagem, odontológica e psicologia preveem, mesmo implicitamente, a necessidade que os trabalhadores da área de saúde têm de denunciar as situações de violência a quem for competente. Sabe-se que a violência apresenta um forte componente cultural, dificilmente superável por meio de leis e normas (PITANGUY; HERINGER, 2000). No entanto, para que o processo de prevenção e combate seja legitimado, é necessário um respaldo legal, como de fato vem ocorrendo.

De acordo com a Lei 10.778/2003, citada anteriormente, os profissionais de saúde em geral e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas estão obrigados a notificar os casos de violência à mulher. Em seu art. 5º está definido que “A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis” (BRASIL, 2003). Contudo, a lei não esclarece ao profissional a forma adequada de fazer as notificações, algo que pode contribuir para a omissão e, conseqüentemente, para a ineficácia do instrumento legal (SALIBA; GARBIN; DOSSI, 2007).

Diante do exposto, é possível perceber que o poder público mundial e organizações nacionais e internacionais estão engajados na luta contra a violência à mulher, o que pode ser verificado em seus eventos, documentos, na criação de secretarias especializadas, instrumentos de gestão e legais (BRASIL, 2011). Porém, a clara definição no uso de alguns desses meios está pouco esclarecida, bem como, ainda esbarra-se em deficiências antigas, como a inexistência ou precariedade da infraestrutura das redes e da capacitação de recursos humanos.

Neste contexto, o Setor Saúde é um espaço privilegiado de acolhimento e observação e as mulheres vítimas de violência têm um padrão de uso repetitivo desses serviços. Entretanto, os profissionais do Setor em geral não identificam a violência como um problema de saúde. Quando o fazem, nem sempre dão a devida importância, o que se pode observar pelo fato de que não fazem o registro dessa “queixa” em prontuário, mesmo que espontaneamente proposta pela mulher (BATISTA, 2005).

Tal despreparo dos recursos humanos em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço deve-se possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos (SALIBA; GARBIN; DOSSI, 2007). Discutir como tornar a violência visível e, sobretudo, meios de fornecer respostas mínimas para acolher de imediato são questões ainda pouco desenvolvidas (BATISTA, 2005).

Conforme pesquisado na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, nas Bases de Dados SciELO e LIS – Localizador de Informações em Saúde e em outras referências, é pequeno o número de estudos envolvendo a assistência de enfermeiras(os) perante casos de violência familiar à mulher, reduzindo-se mais quando se trata do desenvolvimento de pesquisas em unidades de saúde da família. Além disso, a maioria dos trabalhos com a temática é dirigida para o grupo de crianças e adolescentes.

Embora, a literatura internacional e nacional descreva o fenômeno, associando-o a distúrbios de saúde; e faça referência à conduta profissional diante dos casos, inclusive na ESF, comparando os comportamentos das diferentes categorias, a própria literatura relata apenas a conduta em relação ao registro em prontuários e à notificação dos casos (PORTELLA, 2000).

Em se tratando de Alagoas, os estudos científicos concernentes à violência familiar no âmbito da saúde são escassos, não sendo localizados estudos científicos relativos à assistência profissional, especialmente a de enfermeiras (os) na atenção primária. Esta deficiência contribui para dificultar a implementação de intervenções adequadas às particularidades locais.

A capital alagoana, Maceió, não possui 100% de cobertura pela ESF, porém a Rede de assistência ao grupo de mulheres em questão encontra-se melhor estruturada nesta cidade em relação aos demais municípios, e em termos numéricos, o número de profissionais é representativo, pois cada equipe das unidades da ESF contam com a presença da (o) enfermeira (o) em sua composição (ALAGOAS, 2005).

Nesse sentido, acredita-se que os profissionais de saúde, especialmente os inseridos na ESF, pelo que se propõe o atendimento desta estratégia, devem dar resposta aos problemas de saúde da população, precisam deter conhecimentos acerca tanto do aspecto legal, bem como dos tipos e formas de conduzir a problemática contextualizada nesta pesquisa (BEZERRA et al, 2012).

Isto porque, a partir da análise dos dados de pesquisas, observa-se que a violência contra a mulher é secundarizada nas ações rotineiras da ESF, as quais reafirmam as perspectivas da saúde da mulher, reduzidas à reprodução e planejamento familiar, além de reforçar o “papel” de cuidadora e responsáveis pelos demais membros da família, especialmente dos filhos (OLIVEIRA 2010).

Assim, é imprescindível que o enfrentamento da violência de gênero no interior dos serviços da ESF seja implementados considerando um agir ético com escuta qualificada e orientações em saúde, o estabelecimento do vínculo e da responsabilização, a valorização do processo saúde-doença na sua interface social. Deste modo, conduzindo sob esta perspectiva, as(os) enfermeiras(os) estarão conduzindo suas práticas privilegiando não apenas o adoecimento, mas o contexto de vida das mulheres em situação de violência de gênero (BEZERRA, et al, 2012).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

A natureza desse estudo é qualitativa e seu recorte temporal os anos 2012 e 2013. Para Bogdan e Biklen (2003), a estratégia de pesquisa qualitativa possibilita a obtenção de dados descritivos, no contato direto de quem está pesquisando com a situação estudada, numa ênfase maior ao processo que ao produto e na preocupação em retratar a perspectiva dos participantes. Segundo estes mesmos autores, ela tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador é seu principal instrumento. A pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com a situação que está sendo investigada. E, a justificativa para que o pesquisador mantenha um contato estreito com a situação onde os fenômenos ocorrem naturalmente é a de que estes são muito influenciados pelo seu contexto (BODGAN E BIKLEN, 2003, p. 41).

O contexto desta pesquisa se deu nas unidades da ESF de Maceió, capital do Estado de Alagoas, nas quais estão alocadas as equipes. Estas Unidades de Saúde da Família-USF alocam as equipes de ESF que são compostas por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

4.2 Seleção e caracterização das participantes

Na etapa de coleta de dados desta pesquisa, a ESF em Maceió estava composta por 80 equipes de saúde da família distribuídas em 39 USF instaladas nas regiões distritais da cidade. Para a escolha das equipes em que as enfermeiras estavam inseridas e conseqüentemente selecionadas, levou-se em consideração as características das regiões supracitadas. Uma destas características diz respeito ao fato de que existem distritos onde as unidades possuem números distintos ou iguais de equipes. Dessa forma, há unidades com uma, duas e até três equipes. Com base nesta distribuição, foram selecionadas duas equipes por cada distrito com o objetivo de conhecer e estudar a realidade do conteúdo deste estudo para cada região distrital e, assim, obter dados mais abrangentes e não de realidades locais (Quadro 1). Para tanto, procedeu-se a

escolha ou seleção das equipes levando-se em consideração dois aspectos: o primeiro relacionado à escolha das unidades que possuíssem maior número de equipes por distrito, visto que estas possuem maior número de usuários; o segundo aspecto encerrou-se no fato de que algumas unidades por distrito possuíam o mesmo número de equipes, fazendo-se necessário a opção por uma única equipe por unidade, para que, como dito anteriormente, houvesse ampliação e não especificidades de realidades.

Assim, seguiu-se à escolha aleatória e não por conveniência durante toda a seleção das equipes que totalizaram um número de 14 (quatorze). Como cada equipe possui uma enfermeira, o número de participantes desta categoria profissional previamente adotado foi de 14 (quatorze) enfermeiras. Mas como a pesquisa se encerraria pela saturação dos dados, foram realizadas 11 (onze) entrevistas.

Quadro 1 - Número de unidades e de equipes por região distrital em Maceió-AL.

REGIÃO DISTRITAL	Nº DE UNIDADES	Nº DE EQUIPES
I	07	11
II	05	09
III	05	11
IV	04	09
V	05	11
VI	05	11
VII	08	18
TOTAL	39	80

É importante ressaltar que só foram participantes desta pesquisa profissionais do sexo feminino, ou seja, participaram desta produção apenas enfermeiras, visto que não foram encontrados enfermeiros nos serviços contatados. Por esta razão, a partir deste

instante, as (os) leitores desta pesquisa apreciarão o estudo indo ao encontro dos resultados que fazem menção aos depoimentos das enfermeiras atuantes nas unidades da ESF visitadas.

As enfermeiras que participaram do estudo foram previamente contatadas, algumas por telefone, outras em visita a unidade, momento em que se fazia o convite para participar do estudo, e marcar a hora e local da entrevista. Sendo que nos dias de realização das entrevistas, a mesma dirigia-se ao encontro com as participantes nos próprios serviços em que trabalham.

Adotou-se como critérios de inclusão que as enfermeiras fizessem parte da equipe de saúde da família das unidades selecionadas e que tivessem presente na unidade no momento de realização das entrevistas. Como critérios de exclusão adotou-se que as profissionais que estivessem de férias ou de licença médica não fariam parte da investigação desta pesquisa, sendo substituída por outra da mesma unidade. No quadro 2 encontra-se a distribuição das enfermeiras participantes da pesquisa identificadas pela ordem da realização da entrevista.

No quadro 2 também constam a apresentação e a caracterização das enfermeiras, cuja média de idade é de 41 anos, a maioria tem mais de 15 anos de formação e 11 anos de experiência profissional na ESF. Um aspecto que merece ser destacado é o fato de todas as entrevistadas terem feito algum curso de especialização na área de saúde pública, saúde coletiva ou saúde da família. Sobre a abordagem do tema desta pesquisa na graduação ou da participação em curso de capacitação, a maioria relatou não ter tido aproximação.

Quadro 2- Caracterização das enfermeiras participantes do estudo sobre conduta de enfermagem diante de casos de violência familiar contra a mulher. Maceió, 2013.

Identificação da Enfermeira	Idade	Tempo de formação acadêmica(anos)	Tempo de experiência profissional na ESF(anos)	Pós-graduação	Abordagem do tema na graduação	Participação em curso de capacitação sobre o tema
Enf 1	45	8	15	Saúde Pública	-	+
Enf 2	41	13	4	Obstetria	-	-
Enf 3	43	17	16	Saúde da Família	-	-

Enf 4	32	10	10	Metodologia do ensino superior; Saúde coletiva	-	+
Enf 5	33	12	12	Saúde Pública	-	-
Enf 6	49	19	17	Saúde da Família	-	+
Enf 7	37	16	16	Saúde da Família; Enfermagem do trabalho	+	-
Enf 8	42	18	2	Saúde Pública	-	-
Enf 9	50	25	10	Saúde da Família	-	-
Enf 10	46	20	12	Saúde da Família	-	-
Enf 11	38	16	8	Saúde da Família	-	-

4.3 Coleta do material

As entrevistas foram realizadas em onze (11) das equipes referentes às unidades da ESF previamente selecionadas, totalizando-se sessenta (60) páginas de transcrição correspondendo a onze (11) entrevistas com formatação papel A4, letra nº 12 Times New Roman. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa optou-se manter o critério de saturação dos dados, desta forma, não se realizou as três últimas entrevistas previstas como dito anteriormente.

As informações são de natureza primária, tendo como fontes as enfermeiras integrantes das equipes das unidades de ESF, coletadas através de entrevistas registradas em gravação, nas quais as seguintes questões desencadeadoras foram utilizadas: **Durante seu atendimento, você já suspeitou de ou detectou um caso de violência familiar à mulher? Em caso afirmativo, qual foi ou qual seria a conduta que adotaria diante do mesmo?**

A escolha pela técnica da entrevista semi-dirigida proporcionou às integrantes do estudo (pesquisadora e participante) momentos preciosos para dar direção substancial, representando ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos. Para tanto, as perguntas foram elaboradas de forma a permitir que a entrevistada

colocasse livremente o conteúdo de sua resposta.

Isto porque a entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (TURATO, 2003).

Neste sentido, todos os esforços foram alavancados no sentido de melhor construir os momentos de realização do estudo e guiar as entrevistas, num processo empático e gradual de conversação entre a pesquisadora e entrevistadas.

4.4 A análise dos dados

O referencial teórico-metodológico que subsidiou a análise dos temas selecionados e, das respectivas categorias, foi a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), especificamente a Análise Temática, que pode ser traduzida em uma técnica que procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes e ou relevantes, após leituras minuciosas dos registros de entrevista e de observação.

Para Minayo (2000), a análise de conteúdo é um método utilizado em abordagens qualitativas de pesquisa para produzir interpretações acerca de informações verbais ou simbólicas, obtidas a partir de diferentes fontes (entrevistas, documentos, dentre outros), com vistas à melhor compreender fenômenos estudados pelas ciências humanas. Sendo que a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação (via, entrevista, registros e observação) e, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo da pesquisa.

Após a gravação das entrevistas, o material coletado foi ouvido atentamente e transcrito em sua íntegra, de forma padronizada, pela própria pesquisadora. Em seguida, as entrevistas foram ordenadas, por dados de identificação, seguidos pela descrição do diálogo guiado pelos tópicos selecionados e finalizando-se pelos registros das observações da entrevistadora.

Após tal ordenação, as entrevistas foram lidas e relidas tentando manter a *atenção flutuante* entendida como modo aberto de escutar, onde não se privilegia a priori qualquer elemento da fala do entrevistado, deixando – se invadir pelo conteúdo do

texto e deixando funcionar o mais livremente possível a atividade inconsciente do pesquisadora.

Para Bardin (1977), trata-se de estabelecer contato e conhecer os textos a serem analisados, deixando-se invadir por todo tipo de impressões e orientações.

Após as leituras de assimilação, utilizando critérios de relevância e de repetição e tendo o objetivo da pesquisa, identificando-se os dois temas comuns e suas respectivas categorias que serão apresentados no capítulo dos resultados e discussão.

4.5 Aspectos éticos e bioéticos

Pelo fato desta pesquisa se basear, principalmente, na interação das participantes com a pesquisadora, as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde foram atendidas. Desta forma, é de fundamental importância se realizar uma breve explanação sobre como essa pesquisa procedeu para estar de acordo não somente com as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, mas também com os princípios bioéticos que dizem respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Por bioética entende-se como sendo a ética da vida e deve ser representada por pensamentos e ações que visam à manutenção, à defesa, à valorização e ao aperfeiçoamento da vida. Tudo que atenda a estes objetivos é ético e o contrário é antiético (GOTTSCHALL, 2000).

Em se tratando da Resolução 466, esta foi editada pelo Conselho Nacional de Saúde que define as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, atualizando as diretrizes nacionais. Tal resolução está fundamentada nos principais documentos internacionais e foi amplamente discutida com todos os setores interessados: sociedade civil organizada, comunidade científica, sujeitos da pesquisa e Estado (BRASIL, 2012)

Conforme a Resolução supracitada pesquisa é a classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência. Já a pesquisa envolvendo seres humanos é a que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou

indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2012).

Os profissionais de saúde, no exercício de sua profissão, utilizam em seus pacientes as informações que foram obtidas através das pesquisas científicas. A importância das pesquisas nas ciências da saúde é inegável, assim como é necessária, em determinados momentos, a utilização de seres humanos como sujeitos, objeto da pesquisa científica (ARAÚJO, 2003).

E, ainda de acordo com a Resolução 466 a nossa missão enquanto pesquisadores é a de proteger os sujeitos envolvidos, garantindo que os interesses desses últimos sejam considerados acima dos interesses da pesquisa. Então a preservação dos sujeitos é o principal objetivo das pesquisas envolvendo os seres humanos. Sobre isso, a literatura discorre afirmando que por si só, o progresso científico não justifica qualquer tipo de experimentação (ARAÚJO, 2003).

Em conformidade com o objetivo exposto anteriormente o projeto de pesquisa deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sendo aprovado sob o código de protocolo nº 010304/2009-72, garantindo assim que a pesquisa pudesse ser inicializada (ANEXO II).

Tendo como alicerce essas considerações iniciou-se a coleta de material propriamente dita. Para tanto, foi disponibilizado antecipadamente a todos os gestores locais das unidades ESF o protocolo de aprovação do CEP/UFAL e quando necessária, uma conversa preliminar esclarecendo as bases do projeto.

O contato com os participantes, no momento da realização das entrevistas, foi intermediado, sempre, por profissionais da ESF e, na aproximação com as participantes explicavam-se os objetivos e implicações éticas da pesquisa, deixando que os mesmos voluntariamente se manifestassem para participar ou não do estudo. É importante salientar que, em nenhum momento se fez necessário utilizar de argumentos de convencimento à participação; os que estavam de acordo com os critérios de inclusão do estudo, mas que não quiseram participar do mesmo foram totalmente respeitados em sua decisão, garantida a autonomia.

Em todos os serviços visitados foi providenciado um espaço reservado para a realização das entrevistas. Esse espaço era escolhido pelo próprio participante, após

sugestão da pesquisadora de que a realização da entrevista em um local reservado favoreceria a privacidade. A profissional que iria ser entrevistada escolhia uma sala de consultório que, naquele momento, não estava sendo ocupada ou sua própria sala de atendimento, sem que o andamento dos atendimentos e a dinâmica de seu trabalho fossem prejudicados.

E, neste momento de maior privacidade o primeiro critério ético utilizado foi o uso da franqueza, no qual a enfermeira foi esclarecida sobre o propósito da pesquisa e convidada a colaborar espontaneamente com a pesquisa, sendo garantindo o sigilo e absoluto anonimato. Para formalizar o consentimento verbal, quando da aceitação em participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO III), foi assinado, ficando uma cópia com a participante e outra com a pesquisadora, que também assinou o documento, responsabilizando-se por todas as informações nele contidas e em informar e comunicar o local de sua residência e telefones para contato.

Antes de o TCLE ser assinado, lia-se o seu conteúdo e realizava-se a explicação detalhada deste no que diz respeito aos objetivos da pesquisa, por exemplo, além da forma de como a entrevista iria ocorrer, ou seja, sua dinâmica, o uso do gravador de voz, a preservação do anonimato, a possibilidade de interrupção ou mesmo abandono da entrevista sem prejuízos para o participante e a abertura que este possuía para realizar qualquer questionamento que desejasse à pesquisadora.

Vale destacar que com o objetivo de manter o sigilo dos sujeitos, as unidades onde foi realizada a pesquisa também não foram identificadas e todas as entrevistadas identificados por ordem numérica para a total preservação do anonimato.

Com relação aos benefícios e riscos da pesquisa que estão contidos no TCLE, faz-se necessário compreendermos, como já dito anteriormente, que acima de qualquer investigação científica está o bem-estar do sujeito.

Por este motivo, diante dos riscos que a participação nesse estudo pudesse ocasionar, como o incômodo da timidez para falar com a pesquisadora ou mesmo o de entristecimento diante de alguma lembrança relativa ao conteúdo das questões disparadoras, a pesquisadora teve o cuidado de deixar a participante à vontade para decidir sobre o prosseguimento ou o encerramento da entrevista.

Neste sentido, a ética em enfermagem pode ser considerada uma forma de ética aplicada porque ela aborda situações morais que são específicas da profissão de enfermagem e do cuidado do paciente. Por este motivo a enfermagem possui seu próprio código de ética profissional.

Por fim, compreender o papel da(o) enfermeira(o) nas pesquisas com seres humanos é fundamental para o respeito à individualidade do ser, que é a base holística do cuidado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo o enfoque é a apresentação e discussão das informações colhidas com vistas a identificar a conduta que as enfermeiras prestam diante da suspeita ou detecção de casos de violência familiar à mulher atendida por serviços de saúde no modelo de atenção ESF.

Vale ressaltar também que os registros feitos no diário de campo contribuíram para a coleta de informações, auxiliando a analisar com um olhar crítico as condições físicas em que trabalham as profissionais das ESF selecionadas para a pesquisa, observando a atuação das mesmas desde o momento do primeiro contato para a participação na pesquisa até a efetivação da entrevista, atentando para os detalhes do tom de voz, expressão facial e movimento corporal.

Após a escuta, transcrição e leitura atenciosa das entrevistas, foram consideradas a relevância e repetição das falas dos entrevistados com vistas a alcançar os objetivos da pesquisa. Todas as participantes receberam números que correspondem à ordem em que foram entrevistadas para a total preservação da identidade, assim como as unidade e equipes em quem trabalham não foram identificadas.

Na análise das entrevistas dois temas comuns se configuraram com suas respectivas categorias, assim delineadas:

Tema 1 – (In)Visibilidade da violência familiar à mulher

Categorias:

1.1. Identificação dos casos de violência familiar à mulher

1.2. Tipificando a violência familiar à mulher

Tema 2 – Violência familiar à mulher: assistência de enfermagem

Categorias:

2.1. Possibilidades de assistência às mulheres vítimas de violência familiar

2.2. Inadequações do saber instrumental e dos serviços

5.1 Tema 1 – (in)visibilidade da violência familiar à mulher

A violência contra as mulheres constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física. Homens e mulheres são atingidos pela violência de maneira diferenciada. Enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente praticada no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares, na grande parte das vezes praticado por seus companheiros e familiares (BRASIL, 2011).

Desta forma, este tema pretende tecer algumas reflexões em torno da in(visibilidade) por parte das participantes desta pesquisa no que se refere à suspeita ou mesmo detecção dos casos da violência que é processada no âmbito familiar contra a mulher, particularmente acometida por parceiro íntimo. Além disso, será abordado os vários tipos de violência, discriminação e preconceito sofridos pela mulher na esfera familiar relatados pelas participantes. Trata também de sistematizar reflexões sobre um mundo que também pode ser violento para a mulher, e este diz respeito ao da própria família.

Para tanto, é necessário compreendermos que a violência familiar contra a mulher não se caracteriza somente por aquilo que é visível. É muito mais do que isso. O hematoma, o arranhão e ameaça que leva a mulher a pedir ajuda são muitas vezes a ponta de um iceberg. Por trás dessas manifestações aparentes pode haver um risco real e iminente de homicídio; meses, anos ou décadas de abusos físicos, emocionais ou sexuais; um medo profundo que enfraquece e paralisa a vítima; uma longa história que envolve pequenos atos, gestos, sinais e mensagens subliminares, usados, dia após dia, para manter a vítima sob controle (SOARES, 2005).

Sendo assim, ao apresentar esse tema, deseja-se que leitoras e leitores entendam a dimensão e importância do fenômeno investigado e possam visualizá-lo não apenas no que é tangível aos olhos, mas também em suas sutilezas.

Assim, na proposta da ESF, a ideia tradicional de que o médico “diagnostica e trata”, a enfermeira “organiza” e o assistente social “ataca as causas sociais” não é o que se pretendia, mas sim a integração das responsabilidades, com a sensibilidade para o social e a preocupação com os elos intersetoriais sendo tarefa de todos ir além do que a percepção da visão possa identificar (BATISTA, 2005).

Deste modo, a seguir serão apresentadas as formas de aproximação das enfermeiras com a realidade da violência familiar contra a mulher com destaque para as agressões cometidas pelos parceiros íntimos, pois apenas uma enfermeira fez referência a outro familiar, por isso a análise focou o parceiro íntimo como o perpetrador da violência praticada contra mulher atendida por enfermeiras da ESF.

A descrição “parceiro íntimo” refere-se a esposo, namorado, noivo ou qualquer outro homem com quem a mulher desenvolva relação íntimo-afetiva. As violências por parceiro íntimo geram sérias consequências e susceptibilidade a doenças, configurando-se em todo o mundo como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública (MOURA et al, 2009, p. 945).

Segundo relatório mundial sobre violência e saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a forma mais prevalente de violência contra mulheres é aquela praticada pelo parceiro íntimo no espaço privado, ainda que não se restrinja ao espaço doméstico, com taxas de prevalência variando entre 15% e 52% de mulheres que experimentaram algum tipo de violência cometida pelo parceiro (OMS, 2005).

A ideia da família remete a um espaço de afetividade, harmonia e proteção de seus membros. Todavia, estudo mostra que homens que violentam suas companheiras sofreram violência desde a infância, presenciando a agressão entre os pais e, até mesmo, sofrendo violência física, o que caracteriza a violência intergeracional. Percebe-se que a família vivida, diferentemente da família idealizada, vem se constituindo em cenários de relações violentas. A vivência de violência familiar interfere na construção da identidade masculina, haja vista que os homens tendem a reproduzi-la nas relações sociais, em especial nas relações com suas companheiras e filhos (GOMES E FREIRE, 2005, p. 8).

Com vistas a identificar a percepção das mulheres em situação de violência sobre o suporte e o apoio recebido em seu contexto social, uma pesquisa demonstrou que sobre a violência sofrida, o maior percentual ocorreu dentro da residência, característica que atingiu 41 (61,2%) mulheres. O agressor era conhecido pela vítima em 89,6% dos casos, sendo que, dentre eles, 36 (53,7%) eram maridos e namorados, e 18 (26,9%), eram ex-maridos e ex-namorados das vítimas (SANTI, 2010).

Já o estudo de Diniz (2010) mostrou que 88% das entrevistadas (130 mulheres) declararam vivência de violência familiar em algum momento de suas vidas. Os

principais perpetradores da violência familiar praticada contra as mulheres possuem alguma relação conjugal (maridos/companheiros, namorados ou ex-maridos). A violência praticada pelo parceiro íntimo constitui a forma mais endêmica de violência contra a mulher, sendo, muitas vezes, aceito culturalmente o direito do homem de dispor da mulher.

A Constituição Federal, em seu art. 226, parágrafo 8º, assegura “a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações”, assumindo, dessa forma, que o Estado brasileiro tem um papel a cumprir no enfrentamento a qualquer tipo de violência seja ela praticada contra homens ou mulheres, adultos ou crianças (BRASIL, 1998).

Portanto, é só a partir de estudos sobre a temática família que o caráter intergeracional da violência familiar é revelado, e que se reconhece este fenômeno enquanto ato moralmente condenável, justificando, a partir daí, a intervenção do Estado (GOMES et al, p. 7).

Homens e mulheres, porém, são atingidos pela violência de maneira diferenciada. Enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente praticada no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares, na grande parte das vezes praticado por seus companheiros e ex-companheiros (BRASIL, 2011, p. 12).

A categoria que segue abaixo, intitulada identificação dos casos de violência familiar à mulher, abordará justamente o desvelamento deste fenômeno para as participantes deste estudo, ou seja, como as mesmas o identificam no cotidiano de atendimento à mulher.

1.1 Identificação dos casos de violência familiar à mulher

1.1.1 Detecção dos casos de violência

De um modo geral, a violência é reconhecida pelas profissionais enfermeiras entrevistadas que atuam na ESF, seja através da suspeita ou mesmo da própria detecção das agressões. Das 11 enfermeiras entrevistadas todas relataram detecção de casos de violência familiar contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. Tal situação ~~pode ser~~

foi encontrada durante o atendimento individual ou em visitas domiciliares. Os trechos a seguir ilustram a detecção dos casos:

[...] A mulher conversou comigo que era agredida pelo esposo. E outra: uma mãe que a filha dela casou jovem (16 anos) e engravidou, foi casar com um rapaz que ele também agredia (Enfermeira 4).

[...] já chegou uma mulher que tinha sido violentada (pelo companheiro) e procurou a unidade de saúde. Geralmente as mulheres que sofrem violência e me procuram dependem financeiramente dos maridos(Enfermeira 9).

Eu trabalho em área de grotas. Aqui tem, existe muita violência contra a mulher. Existe em casas onde a família é estabilizada quanto mais em grotas...[...]
(Enfermeira 10).

A maioria das falas das enfermeiras, a exemplo das relacionadas acima, evidenciaram a situação de mulheres agredidas que se encontram economicamente dependentes de seus companheiros e que morando em regiões de vulnerabilidade social.

Estes achados estão de acordo com vários estudos que trabalham com o tema desta pesquisa, indicando que o perfil sociodemográfico tem sido relacionado como um dos fatores associados à violência contra a mulher, dentre os quais se destacam: baixo nível socioeconômico, etnia, idade (ser jovem) e o baixo nível de suporte social (SANTI, 2010).

Entre os fatores socioeconômicos e demográficos associados à violência contra as mulheres pelos parceiros, incluem-se a pobreza das famílias, a disparidade de idade entre os cônjuges e a situação marital não formalizada, além do baixo nível de escolaridade (DOBASCH ET AL, 2004, p. 13).

Muito embora não tenham sido encontrados casos de assassinatos de mulheres relatados pelas enfermeiras participantes desta investigação, os estudos demonstram que os fatores sociodemográficos elencados acima guardam forte relação com um amplo leque de agressões de caráter físico, psicológico, sexual e emocional que ocorrem em um *continuum* que pode culminar com o assassinato destas mulheres (KRUG, 2000).

A violência contra a mulher cresceu em Alagoas, com o registro de 164 mortes em 2012, três a mais que no ano anterior. A estatística foi revelada pela Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil, seccional Alagoas (OAB/AL), que divulgou ontem dados do relatório anual de acompanhamento dessa realidade (ALAGOAS, 2012).

O relatório também divulgou os números dos últimos três anos: foram 119 mortes em 2010; 161 em 2011, e 164 em 2012. Com os 20 homicídios deste ano, chega a 464 o total de mulheres assassinadas em Alagoas nesse período. A análise dos números da violência contra a mulher em Maceió aponta os bairros Benedito Bentes e Jacintinho como os mais violentos. Em seguida o relatório inclui os bairros Cidade Universitária e Tabuleiro entre os quatro mais violentos da capital, ou seja, bairros onde a situação de vulnerabilidade social é maior com relação aos outros bairros da capital (ALAGOAS, 2012).

O levantamento teve como base dados fornecidos à OAB/AL pela Polícia Civil e pelo Centro Integrado de Operações da Defesa Social (Ciods) da Polícia Militar, bem como as notícias de assassinatos divulgadas em sites, jornais impressos e programas jornalísticos das TVs locais (ALAGOAS, 2012).

Em países desenvolvidos a situação encontrada acima não é diferente. Nos Estados Unidos, por exemplo, foram encontradas relações entre taxas de femicídio e locais de maior pobreza, instabilidade, população negra, desemprego e taxas de crimes violentos (CAMPBELL ET AL, 2007, p. 69).

Os homicídios decorrentes de conflitos de gênero têm sido denominados femicídios, termo de cunho político e legal para se referir a esse tipo de morte. O termo femicídio foi usado por Russell (SARGOT E CARCEDO, 2000) em um tribunal de direitos humanos e corresponde a qualquer manifestação ou exercício de relações desiguais de poder entre homens e mulheres que culmina com a morte de uma ou várias mulheres pela própria condição de ser mulher (MENEGHEL E HIRAKATA, 2011).

Sobre isto, a enfermeira retrata abaixo a agressão que uma de suas pacientes sofreu, em que chegou a correr risco de morte:

Tem uma moça, agora que tô lembrando, que ela fez há pouco tempo um pré-natal. Ela não é cadastrada aqui não e sofreu uma violência. Ela é paciente psiquiátrica, tava gestante e sofreu uma agressão do ex-namorado. A surra foi tão grande que quase morreu (Enfermeira 6).

Esta fala ilustra, por exemplo, que por ser uma das profissionais de saúde que mais atua no pré-natal, por exemplo, as enfermeiras tem competência para direcionar sua entrevista/anamnese as questões individuais de cada mulher. Assim, um dos passos para a enfermeira ir ao encontro dos interesses das mulheres grávidas que vivenciam violência intrafamiliar, é respeitando seus direitos, propiciando apoio, suporte e incen-

tivo para o enfretamento da violência, compreendendo a percepção das mesmas sobre a vivência dessa violência durante sua relação de cuidado no atendimento pré-natal (MEDINNA E PENNA, 2008).

Durante a gestação, diversos tipos de associação com fenômenos violentos podem ser identificados nos estudos. Os mesmos apontam duas situações diversas entre si: por um lado, a gravidez pode ser fator protetor contra a violência familiar, observando-se a diminuição ou a cessação de episódios abusivos; por outro lado, ela pode determinar o início das agressões ou aumento de sua gravidade e frequência, ou mesmo, não apresentar mudança no padrão abusivo (HEDIN, 2000).

Por ser um problema permeado por contradições decorrentes das desigualdades resultantes da construção social de gênero, o fenômeno da violência familiar contra a mulher exige uma abordagem sensível e generificada nas relações de conjugalidade (DANTAS-BERGUER E GIFFIN, 2005).

Cabe às enfermeiras, portanto, a função de investigar de forma ativa as situações de violência contra as mulheres. No entanto, essas profissionais precisam ser sensibilizadas e capacitadas para assumir esta importante responsabilidade, que tem repercussão, não somente do ponto de vista da saúde da mulher, mas também social e econômica.

Além disso, os dados fundamentados na elevada prevalência dessa ocorrência, já mencionados, mostram que há necessidade de que as autoridades da área da saúde promovam ações educativas-preventivas não apenas com as vítimas, mas com a própria comunidade.

Nesta pesquisa, os casos de violência também são relatados pela própria comunidade às profissionais, como nos trechos a seguir:

[...] a gente vê assim alguma, alguns comentários, assim até de vizinhas, de família, “Ah, que fulana tem problema com o marido” ou “...apanha do marido” (Enfermeira 3).

[...] tem gente da rua que mora perto e ouve os barulhos das discussões dentro de casa. Vez em quando uma ou outra mulher chega dizendo que acha que a amiga que mora perto tá sendo espancada e não sabe o que fazer (Enfermeira 11).

Todos, em todos os lugares, têm a responsabilidade de acabar com a violência. No entanto, ainda é preciso mais mobilização, pois apenas o conhecimento por si só de que a mulher sofre maus-tratos no ambiente familiar não poderá diminuir ou mesmo extinguir os casos de violência.

A implementação de planos de ação nacionais multissetoriais, ou seja, que engajem muitas partes do governo e da comunidade é essencial para o fim da violência contra as mulheres. Esses planos; como será abordado em seguida, devem ter os recursos adequados e enfatizar a prevenção e a punição da violência contra mulheres.

1.1.2 Suspeita dos casos de violência

Nesta pesquisa, os casos suspeitos de violência também foram mencionados pelas participantes. As enfermeiras 3 e 5 compartilham:

Na verdade, só suspeita. Mas assim não foi uma consulta individual. Foi em visita domiciliar com a médica, que esses casos assim mais graves, a gente sempre sai em equipe [...] A gente não viu assim nada, [...] só o que ela (a mulher) se queixou, aí depois com a conversa e tudo, teve muito problema de família, aí ela colocou pra gente né, que ela cuida de uma mãe que é acamada, [...] tem aqueles problemas familiares, problemas financeiros também...(Enfermeira 3).

Já suspeitei uma vez, mas ela (a mulher) negou. Ela tinha um hematoma no braço, mas não quis falar. Muitas se abrem, contam tudo da vida, mas essa num quis falar não [...], muitas se abrem ali no consultório mesmo (Enfermeira 5).

Essas citações ilustram o que mais pôde ser evidenciado durante a pesquisa, ou seja, que a suspeita de agressões se mesclam e se tornam rotineiras na prática profissional.

Pelas falas mencionadas dá pra perceber que a problemática chegou a ser evidenciada por todas as enfermeiras. Por isso, repensar qual é o papel que as mesmas exercem na prevenção da violência praticada contra a mulher pode promover um atendimento de qualidade, com o objetivo de diminuir tal prática. Porém, as ações destas profissionais devem ser articuladas, haja vista a magnitude do problema da violência contra a mulher. Por esta razão, as redes de atenção e proteção às vítimas

precisam atuar satisfatoriamente com vistas a responder às necessidades de cuidado e acolhimento das vítimas.

Neste sentido, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Além disso, está estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (BRASIL, 2011).

A elaboração da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) tem como objetivo explicitar os fundamentos conceituais e políticos do enfrentamento à questão, que têm orientado a formulação e execução das políticas públicas formuladas e executadas para a prevenção, combate e enfrentamento à violência contra as mulheres, assim como para a assistência às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Desse modo, é notória que a maneira mais eficiente de combater a violência contra as mulheres é uma clara demonstração de compromisso político, respaldado por ações e recursos, conhecimento técnico e sensível nas abordagens que possam fornecer respostas eficazes no enfrentamento da violência contra a mulher.

Assim, a próxima categoria, nomeada Tipificando a violência contra a mulher, abrange os tipos de agressões sofridas pelas mulheres. Agressões estas que são referidas pelas enfermeiras. Ao apontar os tipos de violência cometidas contra a mulher no meio familiar pelo parceiro, pode ser um dos caminhos para reconhecê-las em suas diversas manifestações, constituindo-se, assim, em um dos primeiros passos para que ações de prevenção aconteçam de fato.

1.2 Tipificando a violência familiar à mulher

O conceito de violência familiar contra as mulheres é, tal como já mencionado, toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento no âmbito familiar. Este tipo de violência pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011, p. 21) reconhece essa diversidade, e define as formas elencadas acima da seguinte maneira:

Violência Sexual – É a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyerismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer.

Violência Física – Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher.

Violência Psicológica – Conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Violência Patrimonial – Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer.

Sobre as manifestações de violência processadas pelo parceiro no meio familiar contra a mulher, às enfermeiras expressaram as agressões físicas, verbais, emocionais, sexuais, econômica, ameaças e privações como sendo os tipos de violências detectadas no atendimento à mulher. Apesar deste estudo não ter tido como objetivo inicial investigar o conhecimento das participantes sobre os conceitos dos tipos de violência foi

notório, a partir das falas, que a maioria delas não sabe classificar a violência, quando esta se encontra bem definida na literatura.

Contudo, vale salientar que apesar de desconhecerem as definições sobre as manifestações da violência contra a mulher, as profissionais não só levam em consideração a violência física, mas também as outras formas, como por exemplo, a violência moral. Esta, de acordo com a literatura, é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2011). A enfermeira 1 citou a violência moral:

Muitos chegam aí dizendo que elas são frias, dizendo que essa mulher é um bagaço, tá entendendo? Humilhando elas. Com relação à violência moral, eles ficam desvalorizando a mulher, escrachando elas, colocando elas lá em baixo e não deixa de ser uma violência, a moral. Assim, tem muita violência não só física, mas moral (Enfermeira 1).

Esta forma de violência, neste caso, a moral, tão mais atroz e condenável quanto às outras formas, geralmente oculta situações menos escandalosas, por se encontrarem prolongadas no tempo e protegidas por ideologias instauradas na própria sociedade. Porém, essa forma de violência moral considerada mais sutil, silenciadas no interior das relações conjugais, causa tantos ou mais danos às mulheres que suas formas de manifestações mais visíveis (GUEDES, SILVA E FONSECA, 2009)

São muitas as formas que a violência familiar assume: desde os maus-tratos, que deixam marcas no corpo da vítima e podem culminar com a morte, até as mais sutis, como as torturas psíquicas diárias, que aterrorizam e minam a autoestima (DINIZ, 2011). A enfermeira 5 ilustra abaixo a violência psicológica:

[...] violência psicológica tem bastante porque o marido é complicado, o marido bebe e fica meio..., mas ai se sabe né..., mas a mulheres não querem se expor né (Enfermeira 5).

Diniz (2011), ao estudar a violência familiar em mulheres em situação de aborto provocado, mostrou que as mesmas citaram vivência de violência expressa sob as formas psicológica (96,7%), física (11,5%) e sexual (6,5%). Para a violência psicológica, mais expressiva, foram comuns relatos referentes a humilhações, xingamentos, acusações (de ter amantes, por exemplo), violação do direito de ir e vir (foram impedidas de sair de casa, inclusive para trabalhar) e negligências (ficaram sem

assistência durante o período da gestação ou quando estavam doentes). Independentemente da forma como se expresse, a vivência de violência familiar, sobretudo durante a gravidez, leva a mulher a adoecer (DINIZ, 2011).

A ansiedade e o temor caracterizam a vida da pessoa insegura, dependente ou ameaçada, sendo essas características comumente encontradas na vida de mulheres em situação de violência. Entre as manifestações que afetam a saúde mental, têm sido assinaladas, por diversos estudos, as seguintes: desordem do estresse pós-traumático, medo, fadiga, depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens de alimentação, desordens múltiplas de personalidade e distúrbios do sono (GUEDES, SILVA E FONSECA, 2009).

A violência sexual, outra forma de violência familiar à mulher, que também deixa suas marcas na vida da mesma, foi relatada:

[...], recebo mulheres no pré-natal que dizem não estarem satisfeitas com a gravidez [...] quando pergunto por que dizem que é porque não queriam ter tido relação sexual com o marido e ele a forçou [...] que não queria usar camisinha porque ela (a mulher) tem que embuchar mesmo, que veio ao mundo para isso[...] (Enfermeira 11).

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, influenciando sobre o uso de anticoncepcionais e sobre a adoção de práticas de autocuidado, assim como grande impacto sobre o estado psicológico da mulher (BRASIL, 2005).

No documento sobre “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” é citado que no contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual, em qualquer idade, deve ser organizada mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada. É fundamental que existam mecanismos bem definidos de detecção e encaminhamento das mulheres atingidas pela violência sexual. A eficácia desses mecanismos colabora para que os cuidados de saúde sejam prestados quanto mais imediato possível (BRASIL, 2005).

As enfermeiras também citaram traumatismos físicos, que foram corriqueiros durante a realização das entrevistas:

[...] ela falou que durante a gestação já levou tapa na cara, coisa e tal (Enfermeira 7).

Neste instante soube que ela tinha sido esfaqueada (a mulher que atendia), mas deve ter sido ontem né porque a notícia chegou hoje, mas ela não tá correndo risco de vida não (Enfermeira 1).

Teve uma que perdeu o bebê com oito meses, ele nasceu morto e que o marido usava droga e agredia, espancou tanto (a mulher) que o menino morreu (Enfermeira 8).

O que acaba de ser exposto é da maior relevância. No Brasil, particularmente, um número estimado em 300.000 mulheres relataram terem sido agredidas fisicamente por seus maridos ou companheiros a cada ano. Mais da metade de todas as mulheres assassinadas no Brasil foram mortas por seus parceiros íntimos (BRASIL, 2003).

A literatura afirma que nas agressões estão presentes lesões corporais graves, causadas por socos, tapas, chutes, amarramentos e espancamentos, queimaduras de genitália e mamas, estrangulamento e ferimentos com armas brancas, sendo os golpes direcionados para o rosto, braços e pernas das vítimas (GIORDANI, 2006; GROSSI, 1996).

Estudo conduzido por Moura et al (2009), cujo objetivo foi de estimar a prevalência de tipos de violência e de comportamentos de controle praticados por parceiros íntimos contra mulheres residentes em área economicamente vulnerável, evidenciou que os atos de violência física considerados moderados de maior prevalência tanto no decorrer da vida como nos últimos 12 meses foram os empurrões ou chacoalhões (53% e 26%), respectivamente (MOURA et al, 2009, p. 948).

O mesmo estudo afirma que os socos ou o arremesso de objetos apresentaram a maior prevalência entre os atos classificados como violência grave (30% e 17% ao longo da vida e no último ano, respectivamente) e consistiram na segunda maior ocorrência de episódios com alta frequência (57%) nos últimos 12 meses. No entanto, os atos que apresentaram a maior frequência, isto é, que ocorreram muitas vezes no decorrer da vida e nos últimos 12 meses foram os chutes ou as surras (61% e 56%, respectivamente). Ao menos uma em cada quatro mulheres (28%) relatou ter sido ameaçada ou ter sofrido lesão por arma branca e de fogo. Entre estas, 41% declararam ter sofrido episódios recorrentes desse tipo de violência (MOURA et al, 2009, p. 948).

O reconhecimento da violência para além das agressões físicas continuou surgindo nas falas das enfermeiras, aparecendo também nestes discursos:

Assim, tem muita violência não só física, mas moral, com o homem denegrindo a imagem da mulher. Já ouvi uma delas dizer que soube que seu marido tinha dito num bar para os amigos que ela não era boa de cama (Enfermeira 10).

É...têm muitos casos de violência psicológica (Enfermeira 5).

Nos serviços de saúde, muitas vezes, evidenciam-se três aspectos cujas intersecções potencializam os efeitos da violência e ampliam seu campo de atuação: o primeiro diz respeito ao fato de a mulher não denunciar a agressão sofrida, seja ela física ou psicológica, apresentando apenas queixas vagas e recorrentes nos serviços de saúde, referentes aos danos físicos. Depois, há o fato da predominância de uma qualidade tradicional da assistência pautada por heranças de programações de saúde e formação profissional fragmentada e biologicista. Há, ainda, a influência do modo como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, lugares de obediência e submissão. Esses três aspectos inter-relacionados na dinâmica da realidade social produzem a invisibilidade do impacto da violência sobre a saúde das mulheres (GUEDES, SILVA E FONSECA, 2009, p. 626).

A observação da realidade e os depoimentos das participantes desta pesquisa demonstram que uma grande parcela delas está próxima das várias formas de violência contra a mulher e, por conseguinte, distante das condições aceitáveis de saúde para a mulher, já que esta encontra-se em sofrimento. Isto demonstra que todas as participantes são testemunhas das formas de processamento da violência sofrida por parte das mulheres quando consideramos suas múltiplas dimensões.

Com tais evidências, as políticas de proteção e segurança são essenciais para o enfrentamento à violência, mas é preciso avançar tanto em políticas de prevenção, como citado anteriormente, através da atuação dos equipamentos de saúde, como na ampliação e articulação dos programas e políticas que se engajem na reversão da dependência financeira, elevação da autoestima das mulheres, fortalecimento da capacidade de representação e participação na sociedade, que criem condições favoráveis à autonomia pessoal e coletiva.

Sendo assim, os melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não envolverem o setor saúde, por meio do envolvimento de outras áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania. Sendo a violência um problema de múltiplas faces, que tem suas raízes na construção histórica, cultural e social das relações de gênero, sua prevenção deve-se fundamentar na desconstrução e reconstrução dessas relações perante os indivíduos, as famílias, as comunidades e a sociedade como um todo, para que se possam elaborar e desenvolver estratégias eficazes de prevenção e enfrentamento e tornar possível levar essa compreensão aos espaços sociais, onde a violência é construída e legitimada (GUEDES, SILVA E FONSECA, 2009, p. 630).

No tocante a estes aspectos, o tema que segue abaixo, definido como Violência contra a mulher: conduta de enfermagem relata justamente o posicionamento das enfermeiras deste estudo diante das mulheres que sofrem violência, ou seja, suas ações como profissionais que trabalham na ESF com relação ao seguimento dos casos.

5.2 Tema 2 – violência familiar à mulher: conduta de enfermagem

Como já abordado neste estudo, as profissionais de saúde encontram-se em posição estratégica para detectar os riscos e possíveis situações de violência, uma vez que as mulheres procuram os serviços de saúde em consequência de danos físicos ou emocionais (BEZERRA et al, 2012).

Diante do exposto, após os questionamentos referentes à tomada de conhecimento por parte das enfermeiras das unidades de EFS sobre possíveis evidências ou mesmo sobre a detecção de situações de violência familiar tendo como vítima a mulher, continuamos a aprofundar tal conteúdo. Agora, passando para a etapa sobre qual é a conduta que estas profissionais adotam ou adotariam diante dos casos. Ainda sobre este aspecto, foram englobados os subsídios nos quais as enfermeiras estão alicerçadas ou não para a tomada de decisões no seguimento e assistência dos casos suspeitos ou mesmo confirmados de violência familiar à mulher. Estes subsídios fazem alusão ao conhecimento do aparato legal, como Leis específicas deste conteúdo e até mesmo dos instrumentos do saber e dos serviços do cotidiano das enfermeiras.

Mas, antes de prosseguirmos ao conteúdo deste tema, salienta-se a necessidade de retomar o conceito elegido para esta pesquisa com relação ao termo conduta.

No âmbito das compreensões existentes para este termo na área da saúde, destaca-se a que consta na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em seu descritor intitulado conduta, que afirma ser a resposta observável de uma pessoa diante de qualquer situação (pôr referencias no rodapé). Partindo-se para uma conceituação mais abrangente, para o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, por exemplo, conduta é a “maneira de alguém se conduzir, se comportar; procedimento” (FERREIRA, 2009).

Embora ambas as definições contemplem o sentido que se pretendeu adotar ao termo conduta nesta pesquisa, o significado extraído do dicionário Aurélio é o que se aproxima do significado que o termo conduta possui neste estudo, neste caso, a maneira como as enfermeiras se conduzem e/ou procedem diante de casos de violência familiar contra a mulher.

Assim neste estudo o termo conduta investigado refere-se à maneira como as enfermeiras se conduzem no atendimento à mulher na Estratégia Saúde da Família vítima de violência familiar. Neste sentido, a conduta corresponde às ações das enfermeiras em relação ao seu trabalho na Estratégia Saúde da Família envolvendo a mulher.

As posturas relativas às ações executadas foram diversas entre as enfermeiras. Isso levou à constatação de que na maioria dos serviços há ausência de um protocolo que direcione a atuação das enfermeiras no atendimento à mulher vítima de violência, ou seja, que orientem as mesmas que conduta adotar frente a situação, que sirva de caminho para trilhar e encontrar a resposta mais eficaz para a resolutividade do problema da violência familiar contra a mulher ou até mesmo a minimização deste.

Apenas em uma unidade da EFS a pesquisadora observou a presença de um cartaz com o protocolo de encaminhamento (ANEXO IV) para as mulheres vítimas de violência, anexado em mural informativo para os usuários. O que chamou atenção foi o fato de a entrevistada desconhecer este protocolo dentro do seu próprio local de trabalho. Tal fato levou a uma segunda constatação, a de que as profissionais necessitam de informações quanto aos mecanismos que possuem para auxiliarem as vítimas, mas também sugere que a falta de conhecimento está além da falta de treinamento, quando se verifica que a mesma não sabe as informações que estão sendo disponibilizadas para os usuários em seu ambiente de trabalho. Para tanto, é necessário haver treinamentos

com as equipes, momentos para disponibilizar onde estão e quais os mecanismos de apoio.

2.1 Possibilidades de conduta de enfermagem às mulheres vítimas de violência familiar

As ações das enfermeiras frente às mulheres em situação de violência são de extrema importância. Entretanto, estas profissionais, por atuarem no setor da saúde que, na maior parte das vezes, nem sempre favorece uma resposta satisfatória para o problema, acabam adotando condutas distintas. Isto foi desvelado nesta pesquisa, que encontra semelhança com outras sobre o tema da violência contra a mulher.

Estudo de Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008), cujo objetivo foi o de *identificar* como os profissionais de saúde de uma maternidade percebem e atuam frente situação de violência contra a mulher, revelou que os profissionais de saúde caracterizaram a violência contra a mulher como um problema sério e importante na sociedade, tendo como causa e consequência à desigualdade de gênero. No entanto, na prática profissional há uma abordagem reducionista e biologicista com fragmentação da atenção à saúde da mulher, justificado pela falta de formação profissional, suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar (LETTIERE, NAKANO E RODRIGUES, 2008, p. 467).

Algo semelhante ao depreendido no estudo acima ocorreu com esta pesquisa. Como dito anteriormente, as posturas de abordagens às vítimas ou diante de uma possível situação de violência foram diversificadas.

Dentre as possibilidades de atuação, algumas profissionais adotam a conduta de trazer o caso para que a equipe da unidade tome conhecimento:

Se acontecesse agora de surgir uma situação problema (algum caso de violência familiar contra a mulher) eu iria correr atrás: ia atrás procurar com alguma colega, se eu não conseguisse iria pra outro (colega). O mesmo quando surge algo que a gente não tá habituado a lidar todo dia (Enfermeira 7).

Nas unidades em que dispunham de assistente social, todas as profissionais relataram que caso identificasse em seu atendimento/consulta algo sugestivo de uma

mulher que estava sendo vítima de violência faria um encaminhamento para esta profissional como se pode observar nas falas abaixo:

[...] ela chamou (a vítima) pra gente conversar na área da grotá e se apresentou, contou o caso. E aí a gente pede ajuda a assistente social (Enfermeira 6).

A gente tem aqui uma assistente social, que qualquer problema [...], a gente não se acha apta a resolver. A gente passa pra ela e ela procura o serviço (Enfermeira 2).

Nessas unidades que dispunham de assistente social, as enfermeiras afirmaram desconhecerem outros meios de conduta, senão o de levar o caso para esta profissional, um ponto que também coloca é o de generalizar utilizando o termo “a gente” ao invés de “eu” se pode ver na fala abaixo:

[..] a gente procura a assistente social aqui do posto. Aí eu sei que realmente ela já deu essa orientação, mas a gente não conhece não outros caminhos (Enfermeira 3).

Vale ressaltar que boa parte das equipes de saúde da família conta apenas com as categorias que compõem a equipe básica, médico, enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem e o ACS. Nas equipes onde não havia a presença da assistente social, os profissionais relataram que abordariam a vítima no sentido de lhes prestar apoio emocional, encaminhá-la para os órgãos responsáveis nessa temática.

[...] numa situação emergencial (de violência familiar contra a mulher) o que poderia fazer era ligar para a Saúde da Mulher (Secretaria Municipal). Eu lembro que tinha um encaminhamento que a gente fazia para a Santa Mônica. Inclusive eles disseram (na capacitação que fez sobre violência contra a mulher há mais ou menos três anos) que em casos assim (de violência) não fizesse nada, orientasse a pessoa a procurar o serviço (Santa Mônica) que lá eles fazem tudo: o procedimento de orientação, diagnóstico, de captação também, de prevenção de DST, toda a abordagem. Até anotei o número, acho que devo ter na agenda (Enfermeira 7).

Brasil (2005) refere que o ideal é que o atendimento seja prestado por uma equipe multidisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos.

Todos os profissionais devem estar sensibilizados para as questões de violência contra a mulher, capacitados para acolher e oferecer suporte às demandas. (BRASIL, 2005).

Este suporte esteve presente em alguns depoimentos das entrevistas. O apoio psicológico às vítimas foi mencionado como assistência a ser oferecida através do encaminhamento:

[...] tentaria puxar dela se estaria acontecendo alguma coisa, encaminharia para um psicólogo da própria unidade. Mas eu creio que eu orientaria assim: primeiro ao psicólogo e para ela ser orientada da melhor forma, ser orientada para tomar as condutas mais plausíveis para tentar sair daquele meio. Primeiramente eu acho que iria para o psicólogo para ele tentar puxar dela alguma coisa (Enfermeira 8).

Já outras entrevistadas encaminhariam o caso para os órgãos que são tidos como responsáveis em assistir à mulher em situação de violência familiar:

Tem a Delegacia da Mulher que é lá no Centro e nem sei se ainda é [...] Eu acho que é delegacia mesmo, de caso policial (Enfermeira 5).

Eu orientava o que ela deveria fazer: procurava a Delegacia da Mulher, a questão da própria denúncia, denunciar o parceiro (Enfermeira 8).

Dentre os benefícios significativos no que se refere à atenção à mulher em situação de violência doméstica pode-se mencionar a implantação de instituições de atenção específica, dentre as quais as Delegacias de Proteção às Mulheres, casas-abrigo e os centros de referência de atenção à mulher em situação de violência (GOMES et al, 2007).

A concentração de serviços é um problema para o Estado de Alagoas. Há apenas três Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) em toda Alagoas, duas delas em Maceió (uma situada no bairro do centro e outra no Salvador Lyra) e uma em Arapiraca. E as demais delegacias do estado não contam com núcleo de atendimento à mulher.

A primeira delegacia de defesa da mulher (DDM) foi criada em São Paulo, por meio do Decreto-Lei 23.769 de 1985, exteriorizando-se como principal política pública de combate e prevenção à violência contra a mulher no Brasil (SANTOS, 2001).

O objetivo da criação de delegacias especializadas no atendimento às mulheres é criar um espaço institucional de denúncias e repressão à violência contra a mulher, visando a dar um atendimento diferenciado às vítimas de violência, estimulando-as a denunciarem seus agressores (CAVALCANTI, 2005).

Estudo realizado com o intuito de descrever a experiência de mulheres vítimas de violência, descreveu que a Delegacia da Mulher é mencionada como um importante apoio para a mulher agredida pelo companheiro. Algumas participantes do estudo a veem como o local onde conseguirão confirmar seus direitos como pessoa. As participantes, aparentemente, não compreendem, ou não foram informadas efetivamente, do papel da Delegacia como apoio na situação de violência doméstica. Uma das participantes salientou que este serviço poderia exercer um papel efetivamente educativo: ajudar a ambos, homem e mulher, no sentido de refletirem e discutirem os seus problemas conjugais, mediados por um profissional que estimularia a superação dos conflitos domésticos (JONG, SADALA E TANAKA, 2008, p. 7).

No Brasil, há cerca de 310 delegacias especializadas no atendimento à mulher (DEAMs) e, embora representem um avanço nesta área, hoje não cobrem nem 10% dos 5.561 municípios do país e carecem de estrutura material e humana para um atendimento mais qualificado às mulheres (SARMENTO, CAVALCANTI, 2009).

Os mesmos autores seguem afirmando que tais delegacias apresentam um quadro formado apenas por policiais mulheres (delegadas, escritãs e investigadoras), apoiado por uma equipe de assistentes sociais e psicólogas (SARMENTO, CAVALCANTI, 2009). Entretanto, desde a sua criação, não houve uma preocupação por parte do poder público em treinar as policiais que fazem o atendimento, dentro de uma perspectiva de gênero. Além de falta de pessoal especializado, pode-se apontar a precariedade do material e dos recursos humanos como os principais obstáculos (SARMENTO, CAVALCANTI, 2009).

Além de citarem a delegacia da mulher como serviço de referência para darem seguimento aos casos de violência familiar contra a mulher, outras entrevistadas citaram

ainda outro tipo de serviço que poderiam encaminhar a vítima. Este serviço é descrito abaixo:

É essa (Casa-abrigo D^a Terezinha Ramires) que eu lembro bem porque foi colocado (na palestra em que participou pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió) [...], mas eu sei porque a gente teve não uma capacitação, mas uma palestra [...] (Enfermeira 6).

[...] Eu orientei que tinha que ir para o Pam Salgadinho¹. (Enfermeira 1).

As duas últimas citações fazem menção ao Centro de Atendimento e Referência às Mulheres Vítimas de Violência doméstica Dra. Terezinha Ramires. Este Centro surgiu a partir da luta do movimento feminista e de mulheres alagoanas, concretizado pela Lei nº 4. 446 de setembro de 1995, tendo como autora a então vereadora Terezinha Ramires. Essa Lei prevê a criação de um Centro de Referência e de uma Casa Abrigo para atenderem mulheres vítimas de violência, as quais representam um grande avanço, não só na cidade de Maceió, como em todo o Estado de Alagoas no enfrentamento à violência de gênero (ALAGOAS, 2005, p. 35).

Em 8 de março de 2002, foi inaugurado o Centro de Atendimento e Referência às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Dra Terezinha Ramires, instalado no PAM Salgadinho, unidade vinculada à Secretaria de Saúde de Maceió, a qual forneceu equipe técnica da instituição que conta com 4 psicólogas, 3 assistentes sociais e 3 auxiliares administrativos (ALAGOAS, 2005, p. 35).

Outro serviço que poderia ter sido citado, no entanto não parece ser do conhecimento das enfermeiras, é o referente ao Centro de Apoio às Vítimas de Crime - CAV Crime, que consiste em um programa Federal da Subsecretaria de Direitos Humanos da Secretaria da Presidência da República. O Governo do Estado de Alagoas, por intermédio da Secretaria Coordenadora de Justiça e Defesa Social, e da Secretaria Especializada de Direitos Humanos, estabeleceu uma parceria, inaugurando em novembro de 2001, o CAV Crime. As principais ações visam acolher e orientar toda e qualquer vítima de crime e prestar assistência jurídica, psicológica e social, respeitando a cidadania e os Direitos Humanos (ALAGOAS, 2005, p. 34).

¹ Posto de Atendimento Médico - Pam Salgadinho – unidade intermediária de saúde que abriga o Centro de Atendimento e Referência às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Dra. Terezinha Ramires.

Apesar do grave impacto da violência à saúde física e mental de mulheres, ainda há resistência e necessidade de maior preparo das enfermeiras incluídas neste estudo para abordar situações de violência de gênero e em lidar com as pessoas vitimadas no âmbito do sistema de saúde. Em umas das falas, a própria enfermeira considera superficial seu atendimento às vítimas:

[...] eu acho que até a gente se acomoda realmente. [...] aqueles casos mesmo pra gente atender e encaminhar, a gente também não se aprofunda nisso (Enfermeira 3).

Visto que a gente não vê os casos, aí não tem tanta necessidade. Mas a gente tem que saber tudo, porque a gente trabalha aqui de cara com tudo né. [...] Eu não tenho assim a necessidade de um treinamento sobre violência, porque eu não me interesso em lidar com esse pessoal. Jamais eu vou dar uma palestra, eu não me sinto apta. Dar uma palestra pra o pessoal que é drogado, alcoolistas (Enfermeira 2).

Os achados apresentados corroboram com alguns outros encontrados em pesquisa realizada na cidade de Recife – Pernambuco, a qual visava avaliar a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Nesta, foram entrevistados profissionais de diferentes categorias de saúde acerca das questões abordadas pelo PAISM, quanto às questões da violência doméstica e sexual, o discurso das enfermeiras revelou a insegurança que sentiam em atuar e o medo de intervir nessas situações consideradas de ordem privada. Suas condutas restringiram-se a encaminhar a mulher para apoio psicológico ou para a Delegacia da Mulher, em caso de agressão física (FRANCH et al, 2001), situação não diferente da encontrada entre as enfermeiras que participaram deste estudo.

Estudos com mulheres vítimas de violência conjugal, por exemplo, demonstraram que as mulheres que relataram a busca de assistência em algum serviço de saúde não foram atendidas em rotinas de atenção sensíveis à abordagem da violência sofrida na família e sexual e, também, que a maioria dos serviços não dispõe de protocolos de atenção à violência contra a mulher (GUEDES, SILVA E FONSECA, 2009).

A violência contra a mulher que tem sua existência na família, ao mesmo tempo em que configura o problema como questão social, destaca a importância da

constituição de mecanismos sociais, inclusive os de saúde, capazes de amparar os direitos da mulher e da defesa à sua integralidade enquanto ser humano em nossa sociedade. Atender mulheres que sofrem de violência é zelar pelos direitos humanos e valorizar, no espaço da saúde, e neste encontra-se a ESF, na realização desses direitos; promover os direitos humanos é, neste caso, a melhor forma de garantir a saúde, estando os profissionais de saúde, inclusive enfermeiras e enfermeiros em posição privilegiada para essa tarefa (AUDI et al, 2009).

Ao focar questões complexas, como a violência familiar e a violência sexual aponta-se também para a necessidade de ampliar a percepção de nossos profissionais para uma mudança histórica de pensamento, paradigmas, além da criação de condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir, no sentido de garantir escuta e atenção qualificada para pessoas em situação de violência (BRASIL, 2006). Nesse sentido e no percurso desta pesquisa, pôde ser evidenciado o quanto as profissionais necessitam de informações concretas e bem sedimentadas com relação a qual assistência prestar ou que conduta adotar.

Além disto, foi perceptível que as enfermeiras adotam condutas de atendimento à mulher de acordo com sua concepção sobre o tema. Outras questões como suas próprias relações familiares e as demais relações interpessoais podem propiciar e/ou influenciar a prática profissional. Assim, os valores, crenças e os modos de vida interferem substancialmente a forma de agir junto à mulher que vivencia violência intrafamiliar.

Este atendimento pode sugerir um maior esforço por parte da enfermeira para superar suas próprias crenças, muitas vezes indo de encontro entre aquilo em que acredita como sendo a melhor forma de agir e avançar no sentido do que a mulher vitimada realmente necessita. Então, voltando-se às falas das enfermeiras 2 e 3 acima, é preciso considerar que no cotidiano do processo de trabalho não se faz apenas aquilo que se gosta.

A enfermeira precisa ter a consciência de que cada mulher tem a sua forma de agir, de pensar. Cabe a ela a capacidade de perceber as fragilidades da mulher atendida, proporcionando um ambiente acolhedor e tranquilo para exposição da situação vivida. Além disso, a profissional é responsável por acolher e garantir confiança à mulher que

vivencia a violência, permitindo, assim, o seu desabafo, ou seja, também tem responsabilidade com esta temática (FREITAS, LIMA E DYTZ, 2007, p. 86).

Desta maneira, a enfermeira aproxima-se da realidade de vida a qual as mulheres estão vivenciando, viabilizando uma estrutura de cuidado de maneira individual e pessoal, com uma abordagem ampla envolvendo os aspectos socioculturais e familiares desta clientela (MEDINA E PENNA, 2008).

2.2 Limitações e inadequações do saber instrumental e dos serviços

Apesar de todos os esforços na tentativa de adotar uma conduta favorável no atendimento à mulher, todas as enfermeiras deste estudo relataram dificuldades de lidarem com a situação.

A observação da realidade e os depoimentos das enfermeiras demonstram que uma grande parcela delas encontra-se distante das condições favoráveis tanto no que diz respeito ao seu saber para lidar com as questões relacionadas nesta pesquisa, desconhecimento de leis e no que tange às próprias fragilidades dos serviços em que trabalham.

Entre os problemas encontrados neste estudo, ainda há insuficiência de equipamentos e serviços, carência de pessoal e concentração de serviços na capital. Embora exista uma Secretaria de Estado da Mulher, da Cidadania e dos Direitos Humanos, no município é quase inexistente estruturas específicas para tratar do tema e quando há, em geral, está em nível de coordenadoria.

Desse modo, a inadequação do saber instrumental, ou seja, daquele saber que é guiado por conhecimentos sólidos e eficazes, constitui um óbice para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde transformador da realidade por parte das enfermeiras. Outras vezes, mesmo quando a situação de violência é diagnosticada, ela não é devidamente valorizada, pois o saber instrumental que orienta as práticas profissionais está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos. Todavia, já está constatado que as questões subjetivas como a vulnerabilidade emocional e a desproteção são sentimentos que afetam a saúde mental e fragilizam a capacidade das vítimas de violência doméstica para o enfrentamento do problema (GUEDES, SILVA E FONSECA, 2009).

Em relação a estas reflexões, estudo guiado por Baraldi et al (2012), cujo objetivo era descrever o conhecimento dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, acerca da violência contra a mulher, particularmente aquela cometida pelo parceiro íntimo, mostrou que tais enfermeiros desconhecem características epidemiológicas importantes da violência contra a mulher, o que pode ser uma barreira para a atuação dos enfermeiros no atendimento a mulheres em situação de risco (BARALDI et al, 2012, p. 7).

Sobre tais considerações, nesta pesquisa, inúmeras justificativas foram dadas para não haver devida continuidade do caso de violência familiar às mulheres atendidas pelas enfermeiras. Dentre essas estão, principalmente, o medo de se expor, não consentimento para intervir, insegurança e o despreparo no manejo das vítimas. O relato seguinte ilustra uma das justificativas:

Honestamente eu não sei. Eu sei que eu deveria fazer - que seria denunciar-, mas honestamente, eu não sei por que? eu moro aqui (cita o nome do lugar, que fica próximo da Unidade em que trabalha), eu teria medo por mim depois. Eu não sei qual é a índole dessa pessoa (o agressor). Vai que eu denuncio e acaba sobrando pra mim. Entendeu? (Enfermeira 5).

Outro depoimento retoma o mesmo conteúdo do anterior:

E eu vou fazer o quê? E eu tenho até medo! Eu vou falar alguma coisa pra o marido dela ir lá saber de mim o que é que eu tô falando (incentivando a denunciar) com a mulher dele? (Enfermeira 8).

Pelo fato da violência contra a mulher ser um problema que tem suas origens nas desigualdades resultantes da construção social de gênero, o fenômeno exige uma abordagem sensível da parte de quem assiste a mulher.

A enfermeira ou qualquer outra categoria profissional apresenta sua concepção de violência e irá prestar assistência à mulher agredida, a partir do seu conhecimento sobre as características que permeiam as relações familiares, seus atores e a sociedade que os envolvem. No tocante a isso, os próprios valores, as crenças e os modos de vida da vivência pessoal da enfermeira em sua família, poderão influenciar de sobre maneira a prática junto à mulher que vivencia violência intrafamiliar (MEDINA E PENNA, 2008).

E, diante das suas respectivas subjetividades e fragilidades com relação ao tema aqui explorado, a totalidade das entrevistadas concluiu suas participações registrando que sentem a imensa necessidade de serem capacitadas para lidarem com as questões de violência familiar à mulher, apesar do medo registrado por algumas, visto que ou não se sentem preparadas ou lhes faltam apoio dos órgãos em que estão diretamente atreladas.

A gente disse que precisava de apoio, suporte...ahh...liguei..chamava chamava e não atendia [...] eu fui tentando outros ramais da secretaria, mas... (não obteve êxito) (Enfermeira 1).

[...] A gente tem a saúde da mulher que tá mais ligado ao pré-natal, citologia, essas coisas assim. Não sei se eles (da Secretaria Municipal de Saúde) tem uma saúde da mulher em que eu deveria procurar essa informação (sobre a violência) entendeu? (Enfermeira 2).

Mas esta não foi a única realidade encontrada, infelizmente há deficiências na resolutividade:

Mas eu acho que a gente precisa de apoio, eu não estaria segura. Iria chamar a direção, iria chamar a assistente social se a mulher permitisse. Mas a gente ainda fica muito... A coisa é muito frouxa ainda, não tem nada amarrado (Enfermeira 3).

Há também deficiências com relação ao conhecimento dos instrumentos legais. A maioria afirmou apenas conhecer A Lei Maria da Penha, mas mesmo assim não chegou a ler a mesma na íntegra, muito menos conhecer outros dispositivos legislativos.

Só da Maria da Penha porque ela tá estampada na TV e no rádio e todo mundo tem conhecimento (Enfermeira1).

De fato a Lei nº 11.340 de 07/08/2006, a conhecida Lei Maria da Penha, teve e tem bastante repercussão nos meios de comunicação. Porém, este instrumento é apenas o mais recente do arcabouço legal concernente à temática da violência à mulher.

Os Códigos de Ética dos profissionais de saúde são bem mais antigos e já fazem, implicitamente, referência à esse tema, a citar artigo 49 do Código de Ética Médica, o artigo 52 do Código de Ética de Enfermagem e artigo 5 do Código de Ética Odontológica.

É de imenso interesse aos profissionais de saúde o conhecimento da Lei 10.778 de 24/11/2003, a qual torna obrigatória a notificação, no Brasil, do caso de violência contra a mulher, física, sexual e psicológica, que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Em seu artigo 5º, a lei é clara: “A inobservância das obrigações estabelecidas nesta lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis”.

Através da realização desta pesquisa, apesar de ser notório que o setor saúde, na ESF, é um dos espaços privilegiados de atenção a saúde da mulher que poderia estar sendo utilizado para a detecção das mulheres vítimas de violência e assisti-la em suas necessidades de saúde e oferecer suporte de segurança tendo clara e definido qual os encaminhamentos a serem feitos, pois a ESF tem papel importantíssimo na articulação dos serviços e organizações, que atendem direta ou indiretamente as situações em pauta.

Os gestores municipais e estaduais também têm papel decisivo na organização de redes integradas de prestação de atendimento, na capacitação de recursos humanos, na provisão de insumos e na divulgação para o público em geral.

É necessário que todos os serviços de orientação ou atendimento tenham, ao menos, uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. Esta listagem deve ser de conhecimento de todos os funcionários dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso sempre que necessário e possam conhecê-lo independentemente das situações emergenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Tornam-se necessárias políticas públicas transversais à perspectiva de gênero, articuladas com os Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, do Planejamento. Estas deverão atuar no sentido de transformar as relações, incorporando a ideia de que os Direitos das Mulheres são Direitos Humanos (TAVARES, 2000, p. 74). Acrescenta-se a necessidade de incorporação da dimensão gênero, também em espaços sociais, tais como família, escola e igreja.

Entende-se desta forma que a violência contra a mulher deve ser vista como uma questão de saúde pública que precisa de intervenções sedimentadas, ou seja, de políticas públicas específicas. A Estratégia Saúde da Família deve ser vislumbrada como uma modelo de assistência a saúde que tem grande potencial para o combate desta problemática.

Ao serem instrumentalizadas sobre a temática, suas dimensões, seus conceitos, sua magnitude e a maneira de identificar e saber cuidar de mulheres que vivenciam a violência familiar, as enfermeiras poderão auxiliar na minimização de possíveis agravos à condição de saúde da mulher (MEDINA E PENNA, 2008).

Torna-se portanto importante, a realização de pesquisas que melhor esclareçam a relação entre políticas públicas e as dimensões gênero e geração, sobretudo na área da saúde, por conta das repercussões não só para a mulher, como também para toda a família, oferecendo elementos para a enfermagem promover um cuidar mais integral (GOMES et al, 2007, p. 8).

Diante do exposto, neste estudo pode-se constatar que apesar das enfermeiras terem vivido em sua atuação na ESF com mulheres vítimas de violência familiar perpetrada por parceiro íntimo, ou se depararam por situações em que suspeitaram de tal situação, nenhuma informou que notificou ou notificaria, sendo esta atitude prevista na Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011 do Ministério da Saúde. Esta conduta seria a mínima esperada.

Outra conduta que elas poderiam adotar seria a escuta qualificada, situação que poderia oferecer a mulher um acolhimento, dando a ela um espaço para se expressar, pois muitas vezes é negada a voz a estas mulheres, e assim ouvindo-se rever sua situação ajudando a refletir.

Sabemos que uma intervenção terapêutica ou educativa de empoderamento das mulheres necessitam de uma maior qualificação, mas algo poderia já estar sendo feito. Acredita-se que o não fazer pode estar ligado a negação da violência como um problema de saúde pública e não apenas a um problema social e intervenção policial. Por esta razão, é necessário que as enfermeiras repensem sobre a própria atuação em um nível mais abrangente, pois é imprescindível para a melhoria do atendimento à mulher vítima de violência familiar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação de considerações finais é corriqueira a todos os trabalhos, mas neste, não se tem a mínima pretensão de pôr um ponto final no trajeto sobre o tema da violência contra a mulher. Ao contrário, percebe-se, a partir de tudo o que está registrado aqui que há muitos caminhos a serem trilhados no sentido de preencher possíveis lacunas que possam existir e, que por isso, devem ser exploradas em trabalhos futuros, principalmente àqueles que irão explorar a realidade maceioense.

Neste estudo, os resultados mostraram que a violência familiar, particularmente a perpetrada por parceiro íntimo, encontra-se no cotidiano de trabalho e é identificada pelas enfermeiras em suas diversas formas de manifestação, seja através da detecção ou da suspeita dos casos. Mas apesar desta realidade, os serviços não as prepara para agir de forma propositiva junto às mulheres violentadas, constatando-se que isto pode levá-las a adotarem condutas distintas, como foi evidenciado.

Outra característica marcante é que a maioria absoluta das entrevistadas relata que é uma temática bastante difícil de lidar, uma vez que se sentem despreparadas e sem proteção e segurança. Isto pode estar relacionado com ausência de informações na formação acadêmica das enfermeiras, pois estas informações poderiam auxiliá-las no atendimento à mulher que sofre violência familiar. Nesta pesquisa, apenas uma enfermeira informou que o tema foi abordado na graduação, e das onze enfermeiras entrevistadas, três relataram cursos de capacitação e/ou treinamento sobre o tema em questão após a formação acadêmica, o que vem a dificultar no enfrentamento da problemática.

Além disto, as enfermeiras relataram angústia ao se depararem com a demora na resolutividade quando se trata da fragilidade da rede de serviços no setor da saúde e da justiça, fato que contribui ainda mais para o aumento e invisibilidade dos casos.

Neste trabalho, também notou-se que para conduzir os casos de mulheres violentadas não bastam os conhecimentos técnicos que auxiliam no seguimento das situações. Claro, estes são imprescindíveis, pois o domínio de conceitos e de suas implicações é importante na assistência de enfermagem. Porém, a conduta adotada também é uma oportunidade de rever os próprios valores e crenças no cuidado à mulher

violentada, particularmente pelo parceiro, já que se espera de uma relação conjugal o afeto que promove o bem-estar. Fala-se em valores e crenças porque na medida em que passamos a revê-los podemos realizar o exercício da reflexão e, quem sabe até da empatia, passando assim, a termos uma melhor compreensão sobre a necessidade de um trabalho de excelência na promoção da saúde da mulher e na prevenção de agravos.

No tocante ao compartilhamento, por parte das enfermeiras, das condutas adotadas por estas diante dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher, acredita-se que a oportunidade de dividirem suas formas de conduzir os casos com a pesquisadora favoreceu a abertura de espaços para entender o processo de trabalho das enfermeiras com relação à temática deste estudo, tornando público aquilo que atravessa o não conhecido, marcando e mobilizando maneiras peculiares de traduzir o acontecido. Irrompe neste cenário o caminho de interpretação a fim de possibilitar o entrelaçamento das particularidades sobre aquilo que temos uma ideia, mas só poderíamos de fato evidenciar se viabilizássemos a narração do que merece ser repetido.

Por falar no que merece ser repetido, ou seja, diante do exposto pelas enfermeiras, é possível perceber a riqueza de conteúdos existente nas falas das mesmas superando todas as expectativas da pesquisadora. O que chamou a atenção foi o fato de as profissionais da ESF, apesar do medo e da insegurança que sentem parecerem estar abertas para relatar sobre o assunto, pelo menos no momento das entrevistas. Essa característica nos sugere que a violência contra a mulher é um problema que está presente no cotidiano das trabalhadoras das unidades. Outra característica marcante é que a maioria absoluta das entrevistadas relata que é uma temática bastante difícil de lidar, uma vez que se sentem despreparadas e sem proteção e segurança, além da angústia de se depararem com a demora na resolutividade. Fato que contribui ainda mais para o aumento e invisibilidade dos casos.

Por outro lado, ao comparar a conduta das enfermeiras no que se refere à violência contra a mulher, percebeu-se que as condutas são distintas, as visões se opõem. Apesar disso, todas se mostraram abertas às possíveis capacitações e treinamentos, uma vez que vislumbram nos mesmos a possibilidade de prepará-las para um enfrentamento mais efetivo e interdisciplinar. Chegaram até a solicitar à pesquisadora e à Secretaria Municipal de Saúde o apoio necessário para a realização de palestras nas unidades da ESF, na comunidade e nas escolas.

A incorporação do tema nos currículos escolares, nas unidades de saúde, com discussões multidisciplinares voltadas para a análise e acompanhamento dos casos atendidos, o contínuo incentivo às pesquisas e conseqüente produções sobre o assunto, assim como o trabalho interdisciplinar com os profissionais envolvidos com o tema, objetiva a sensibilização e a atenção para a temática da violência contra a mulher.

A princípio, o diagnóstico que foi traçado forneceu subsídios para uma leitura mais fiel das reais necessidades de aperfeiçoamento dos profissionais locais, relativos ao assunto em questão, podendo vir a ser utilizado em atividades de educação continuada nos serviços de saúde em geral.

Posteriormente, os resultados poderão ser utilizados para elaboração de um protocolo de atendimento adequado à realidade local. O aperfeiçoamento profissional e a utilização do protocolo na atenção primária, provavelmente, poderia subsidiar um manejo mais eficiente da demanda advinda do público discutido nos serviços de saúde do Estado.

Por isso, a adoção de uma prática que não exclua ações promotoras da saúde da mulher e atendimento aos casos que chegam nas unidades da ESF precisa estar fundamentada na formação básica da enfermeira, o que remete à necessidade de coerência entre ensino e prática, contribuindo para a conquista do espaço profissional da enfermeira e para um desempenho de melhor qualidade.

Sendo assim, aponta-se para a necessidade de produção de saberes específicos na área, que visem subsidiar práticas que possam vir a ser tornar estratégias, ferramentas e modelos teórico-práticos para o cuidar diante da violência contra a mulher.

No nosso caso, a enfermagem (campo de saber) na relação com mulheres que vivenciam a violência familiar precisa criar condições para que possam constituir e articular seu mundo interno com a demanda externa, reparando a experiência de dor, para que esta mulher possa, a partir desta experiência, desenvolver novas formas de ser e agir no mundo, para que lhe seja oportunizado “um novo começo”, uma reconexão com o prazer, com o amor e a vida.

Neste contexto, espera-se oportunizar a discussão em torno dos resultados desta pesquisa, contribuindo para a prevenção de violência familiar à mulher, ampliação de estratégias políticas voltadas para o tema, amplas campanhas, em nível nacional, para a prevenção e controle da violência familiar contra as mulheres, dentre outros.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, LZS. **Aspectos éticos da pesquisa científica**. Pes qui Odon tol Bras 2003;17(Supl 1):57-63. Disponível em: <http://www.sbpqo.org.br/suplementos/57%20-%20Arau.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2ª Ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica – nº 8. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

ALAGOAS. Secretaria Especializada da Mulher. **Nunca é tarde demais para se conhecer**. Maceió: IMPRENSA OFICIAL E GRÁFICA GRACILIANO RAMOS, 2005.

ANDRADE, C. D. J. M. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero**. 2009. 139 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2009.

ANDRADE, Clara de Jesus Marques and FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 591-595. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300025>.

AUDI CAF, CORRÊA MAS, TURATO ER SANTIAGO SM, ANDRADE MGG, RODRIGUES MSP. **Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009, 14(2):587-594.

BACKES DIRCE STEIN, BACKES MARLI STEIN, ERDMANN ALACOQUE LORENZINI, BÜSCHER ANDREAS. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Oct 23];17(1):223-230. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000100024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>.

Baraldi, Ana Cyntia Paulin. **O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto - SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009 [acesso 2013-10-20]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29102009-142008/>.

BARALDI, Ana Cyntia Paulin; ALMEIDA, Ana Maria de; PERDONA, Gleici Castro and VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2012, vol.12, n.3, pp. 307-318. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000300010>.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BATISTA, K. B. C. **Violência contra mulher e programa de saúde da família: a emergência da demanda na visão dos profissionais**. In: VILLELLA, W.; MONTEIRO, S. *Gênero e saúde: PSF em questão*. São Paulo: ABRASCO; UNFPA, 2005.

Bezerra IMP, WL Nascimento, CA Machado, MFZ Machado. **Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à violência conjugal: analisando o processo de trabalho em saúde**. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.2, p.XX-XX, 2012.

Bogdan RC, Biklen SK. **Investigação qualitativa em educação**. Porto:Porto Editora, 2003.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009
BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

Brasil. *Cadernos de Ética em Pesquisa - Nº 1 – Julho de 1998 – Publicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS*. Disponível

em:http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/materiaeducativo/cadernos/caderno01.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm>

BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm>

BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm>, acessado em 13/05/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 64 p.

BRASIL. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres** / Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. – Brasília : Presidência das República, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. – Brasília : Presidência das República, 2010.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Combate à violência contra a mulher ganha política nacional**. Retrospectiva. 2006 Jun; p. 16-19. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a.

Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. **Intimate partner homicide: review and implications of research and policy**. Trauma Violence Abuse. 2007;8(3):246-69. DOI:10.1177/1524838007303505

CAVALCANTI, Stella Valeria. **A violência doméstica como violação dos Direitos Humanos**. Revista Ministério Público de Alagoas. Maceió, n. 15, p. 227, jul/dez. 2005.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **O Poder Judiciário na aplicação da Lei Maria da Penha**. Brasília: [s.n.], 2013.

Dantas-Berguer SM, Giffin K. **A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?** Cad Saude Publica 2005; 21: 417-25.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. **Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro**. Cad Saúde Pública, 2000 Jan-mar; 16(1): 129-37.

Diário Oficial da União. Lei 11.340 (BR) de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do 8º do art. 226 da Constituição Federal. Brasília (Brasil): Diário Oficial da União; 2006.

Diniz NMF, et al. **Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA**. Rev Bras Enferm, Brasilia, 2011; 64(6): 1010-5

Dobasch RM, Dobasch RP, Cavanagh K, Lewis R. **Not an ordinary killer – just an ordinary guy: when men murder an intimate woman partner**. Violence Against Women. 2004;10(6):577-605. DOI:10.1177/1077801204265015

Falcón GCS, Erdmann AL, Backes DS. **Meanings of care in health promotion**. Rev Latino-Am. Enfer 2008; 16(3):419-424

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**, 4. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2009.

FRANCH, M; BATISTA, C; CAMURÇA, S. **Ajuste estrutural, pobreza e desigualdades de gênero**. Um caderno feminista de informação e reflexão para organizações de mulheres. - Recife, Iniciativa de Gênero/SOS Corpo Gênero e Cidadania, 2001.

FRANCISQUETTI, P. S. N. **Saúde mental e violência: considerações acerca do atendimento em saúde mental a mulheres em situações de violência**. In: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo. s/d. p. 61-64.

FRANZOI, Neusa Maria. **Concepções de profissionais de equipes de saúde da família sobre violência de gênero**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-13072007-101343/>

Freitas FC, Lima MG, Dytz JLG. Atendimento à 21 mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, no Distrito Federal. *Com Ciências Saúde*. 2007 Set; 18(3):185-96.

Giordani, AT. **Violências contra a mulher**. São Paulo: Yendis; 2006.

Gomes NP, Freire NM. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(2): 176-9.

GOMES, Nadielene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire; ARAUJO, Anne Jacob de Souza and COELHO, Tâmara Maria de Freitas. **Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2007, vol.20, n.4, pp. 504-508. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400020>.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde**. *Cad Saúde Pública*, 2002 Jan/fev; 18(1): 315-9.

Gottschall, C. A. M. **Fundamentos da Bioética**. *Jornal do CREMERS*, Porto Alegre, ago. 2000. p.14.

Grossi PK. **Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde**. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 133-49.

Guedes Rebeca Nunes, Fonseca Rosa Maria Godoy Serpa da, Egry Emiko Yoshikawa. **Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero**. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Oct 23] ; 47(2): 304-311. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200005>.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da and FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **A violência de gênero e o processo saúde-**

doença das mulheres. Esc. Anna Nery [online]. 2009, vol.13, n.3, pp. 625-631. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>.

Hedin LW. **Postpartum, also a risk period for domestic violence.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000;89(1):41-5.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Portal da violência contra a mulher. São Paulo, s/d. Base de Dados: GOOGLE. Disponível em <http://www.patriciagalvao.org.br/>, acessado em 09/07/2006.

JARAMILLO, D. E.; URIBE, T. M. **Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas.** Invest Educ Enferm, 2001; XIX(1): 38-45.

JONG, Lin Chau; SADALA, Maria Lúcia Araújo and TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. **Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 744-751. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400018>.

KRUG, E.; DAHLBERG, L.; MERCY, J. **Informe Mundial sobre violencia y salud.** OPAS/OMS: Washington, 2004.

LARSEN, K. H.; KRUSE, M. **Violence against women and consequent health problems: a register-based study.** Copenhagen. Scand J Public Health, 2003; 31: 51-7.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó and RODRIGUES, Daniela Taysa. **Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 467-473. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300008>.

Lira CEPR, Silva PPAC, Trindade RFC. **Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):928-36. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a22.htm>.

MEDINA, A.B.C., PENNA, L.H.G. **A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas.** Revista & Contexto Enfermagem, Santa Catarina, vol. 17, n. 003, pp. 466-473, jul./set. de 2008. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71417309.pdf>>

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

MINAYO, M.C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Morais SCRIV, Monteiro CFS, Rocha SS. **O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 155-60.

MOURA, Leides Barroso Azevedo; GANDOLFI, Lenora; VASCONCELOS, Ana Maria Nogales and PRATESI, Riccardo. **Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável**, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.6, pp. 944-953. Epub Dec 04, 2009. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000069>.

OLIVEIRA, M. A. B. **Mulher e violência em Maceió: um pensar sobre sua história**. Tese de Mestrado. Maceió, Alagoas. 2006.

OLIVEIRA, Michele Ribeiro de. **Avanços e limites da Política de Enfrentamento à Violência de Gênero e serviços de atendimento às mulheres em situação de violência no município de João Pessoa/PB**[Dissertação de Mestrado em Serviço Social da UFPB]. João Pessoa. 2010.

OMS. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva, World Health Organization, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/en>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2001**. 1.^a edição, Lisboa, Abril de 2002.

Organização Pan-americana de Saúde- OPS. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington, DC(USA); 2002.

Palhoni, Amanda Rodrigues Garcia. **Representações de mulheres sobre violência contra mulher e qualidade de vida** [Dissertação de Mestrado]. - Belo Horizonte: 2011.87f. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

PITANGUY, J. **Gênero, violência e direitos humanos**. Rio de Janeiro. *Rev. Promoção da Saúde*, 2002; (6): 67-70.

PITANGUY, J.; HERINGER, R. **Diálogo regional da América Latina e Caribe sobre direitos reprodutivos e violência contra a mulher: papéis e responsabilidades de**

homens, jovens e adultos. Rio de Janeiro: CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO, 2002.

PORTELLA, A. P. **Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres.** **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, 2000 Nov; (22), p 1-3.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2004.

SAFIOTTI HIB. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo: Perseu Abramo; 2004.

Sagot M, Carcedo A. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países.** Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** *Rev Saúde Pública*, 2007 Jun; 41(3): 472-7.

SANTI, Liliane Nascimento de; NAKANO, Ana Márcia Spanó and LETTIERE, Angelina. **Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 417-424. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300002>.

SANTOS, Cecília MacDowell. **Delegacia da Mulher em São Paulo: percursos e percalços.** In: *Direitos Humanos no Brasil 2001.* São Paulo, 2001.

Sarmiento G, Cavalcanti S. **Violência doméstica e assédio moral contra as mulheres.** Maceió: Edufal, 2009.

SCHATSCHEIDER, Vanessa Braga. **O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma estratégia saúde da família.** [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2012.

SCHRAIBER, Lilia B. Lima *et al.* **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: Editora UNESP, 2005. 183 p.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** *Educação & Realidade.* Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

Simone Ferreira Alvim e Lídio de Souza. **Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores.** Psicologia: Teoria e Prática – 2005, 7(2): 171-206.

SOARES, B. M. **Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários (as).** Brasília: Secretaria Especial de Políticas Públicas, 2005.

Stela Nazareth Meneghel, Vania Naomi Hirakata. **Femicídios: homicídios femininos no Brasil.** Rev Saúde Pública 2011;45(3):564-74

Tavares DMC. **Violência doméstica: uma questão de saúde pública** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo; 2000.

Teles MAA. **O que é violência contra a mulher.** São Paulo: Brasiliense, 2012.

TRINDADE, R. F. C. ; SILVA, P. P. A. C. . **Contextualizando a violência contra a mulher em Maceió-AL.** In: Sheyla C. S. Fernandes. (Org.). (Org.). Psicologia social: relações interpessoais e preconceito. Ieded.Maceió-AL: EDUFAL, 2013, v. , p. 143-152.

Turato ER. **Tratado de metodologia clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes; 2003.

WAISELFISZ, 2010). **Mapa da Violência. Anatomia dos Homicídios no Brasil.** 2010.

Waiselfisz, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012 Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil.** Brasília, Ministério Da Justiça, Instituto Sangari, 2012. Disponível http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_mulheres.php.



ANEXO I- Ficha de notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual – parte 1

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS						
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).						
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS		3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação	Código (CID 10) Y09	Código (BGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Menor de 1 ano 2 - De 1 a 4 anos 3 - De 5 a 9 anos 4 - 10 anos ou mais		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não gestacional/ignorado 5 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta de EF (artigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa de EF (artigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta de EF (artigo gíria ou 1º grau) 4 - 8ª série fundamental completa (artigo gíria ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência		Código (BGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
Dados de Residência	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		34 Relações sexuais 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	35 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		36 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
			37 Física 38 Mental		39 Visual 40 Transorno mental 41 Transorno de comportamento 42 Outras deficiências/Síndromes	
Dados da Ocorrência	37 UF		38 Município de ocorrência		Código (BGE)	39 Distrito
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	42 Número		43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Geo campo 3	45 Geo campo 4
	46 Ponto de Referência		47 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
49 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		50 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		51 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

ANEXO I- Ficha de notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual – parte 2

Tipo de violência	52 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			53 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfurante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro _____
Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	54 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			55 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Procedimento indicado	56 Procedimento indicado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência		
Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação	57 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático		
Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	58 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Intoxicação		
	01 - Sem lesão	04 - Entorse/luxação	07 - Traumatismo dentário	11 - Queimadura		
Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	02 - Contusão	05 - Fratura	08 - Traumatismo crânio-encefálico	12 - Outros		
	03 - Corte/perfuração/laceração	06 - Amputação	09 - Politraumatismo	99 - Ignorado		
Número de envolvidos	59 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Órgãos genitais/ânus		
	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve	11 - Múltiplos órgãos/regiões		
Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida?	02 - Pescoço	05 - Tórax/dorso	08 - Membros superiores	12 - Outros		
	03 - Boca/dentes	06 - Abdome	09 - Membros inferiores	88 - Não se aplica	99 - Ignorado	
Sexo do provável autor da agressão	60 Número de envolvidos			62 Sexo do provável autor da agressão		
	1 - Um	2 - Dois ou mais	9 - Ignorado	1 - Masculino	2 - Feminino	3 - Ambos os sexos
Suspeita de uso de álcool	61 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Cuidador			
Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe			
	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional			
Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde	<input type="checkbox"/> Madrasita	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei			
	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Outros _____			
Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde	64 Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde			65 Se óbito, data		
	1 - Alta	3 - Internação hospitalar	5 - Óbito por Violência			
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores	2 - Encaminhamento ambulatorial	4 - Evasão / Fuga	6 - Óbito por outras causas	9 - Ignorado		
	66 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
Violência Relacionada ao Trabalho	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher			
	<input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude	<input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS			
Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	<input type="checkbox"/> Casa Abrigo	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)			
	<input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Outros _____			
Circunstância da lesão	67 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			68 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	69 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			70 Classificação final do caso 1 - Suspeito/provável 2 - Confirmado 3 - Descartado 9 - Ignorado		
71 Data de encerramento						
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Função/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan		SVS 13/11/2007		

ANEXO II – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 21/10/2009

Senhor (a) Pesquisador (a), Ruth França Cizino da Trindade
Carla Emanuella Pereira Rodrigue de Lira

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 19/10/2009 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 010304/2009-72 sob o título, **Violência contra a mulher: Conduta dos profissionais de saúde diante de casos de violência familiar** vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).


É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.(*). Áreas temáticas especiais



Dr. Dr. Walter Matias Lima
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu,

tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **Violência Contra a Mulher: Conduta dos Profissionais de Saúde diante de Casos de Violência Familiar**, recebi das pesquisadoras Patrícia de Paula Alves Costa da Silva e Ruth França Cizino da Trindade, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsáveis pela execução deste estudo, as seguintes informações:

- Este estudo destina-se a identificar e quantificar os padrões de comportamento dos profissionais de saúde alocados nas unidades, diante da suspeita ou detecção de casos de violência doméstica contra mulher;
- A importância deste estudo é: 1. Conhecendo a realidade local, contribuir para a implementação de intervenções relativas ao assunto abordado, adequadas às particularidades do Estado; 2. Alertar os profissionais e os serviços de saúde para que estes possam conhecer melhor o problema e que possam fornecer o atendimento necessário para as vítimas, acolhendo-as com maior sensibilidade; 3. Mostrar que a violência pode afetar, tanto a saúde da mulher agredida, quanto das pessoas a sua volta, necessitando ultrapassar os limites do lar para ser conhecida pela sociedade como um todo.
- A minha entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita.
- Não existem outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados. Com a minha participação, poderei sentir sentimentos desconfortáveis, porém receberei os esclarecimentos sobre todas as etapas do estudo e, a qualquer momento, poderei me

recusar a continuar participando. Além disso, poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

- Que não pagarei e nem receberei qualquer valor monetário pela minha participação.
- As informações conseguidas através da minha participação serão sigilosas, e meu anonimato será preservado, conhecido apenas pelas pesquisadoras. Os resultados serão divulgados entre os profissionais estudiosos do assunto.

Diante do exposto, compreendi as informações sobre minha participação neste estudo, estou consciente dos meus direitos, responsabilidades, dos riscos e benefícios que a minha participação implica e concordo em participar. Para isso, DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Maceió, ____ de _____ de 20__

Assinatura ou impressão datiloscópica da voluntária

Mestranda Patrícia de Paula Alves Costa da Silva ²

Prof^a Dr^a Ruth França Cizino da Trindade ³

1. Conj. Residencial Jardim Planalto II Q^a D N^o 02 Tabuleiro do Martins, Maceió – AL Brasil CEP 57075-450 (82) 99587624

2. Av. Lourival Melo Mota s/n - Campus A.C. Simões - CEP 57072-970 Maceió/AL Brasil (82)3214-1153.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1053.

ANEXO IV- Fluxo de Enfrentamento à violência contra a mulher no Estado de Alagoas.

